FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N° 784

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe, René, Louis ROBERT
né le 2 août 1938 à Fontainebleau (S. M.)
Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES REINTERVENTIONS PRECOCES APRES CHIRURGIE COLIQUE ET RECTALE

(à propos de 26 observations)

Président : Monsieur Cl. OLIVIER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967 # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Philippe, René, Louis ROBERT
né le 2 août 1938 à Fontainebleau (S. M.)
Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES REINTERVENTIONS PRECOCES APRES CHIRURGIE COLIQUE ET RECTALE

(à propos de 26 observations)

Président : Monsieur Cl. OLIVIER, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

A mes enfants,

A mes parents et beaux-parents

A tous les miens.

A notre Maître, Monsieur le Professeur Cl. OLIVIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chirurgien de l'Hôpital Tenon,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Il a bien voulu nous suggérer le sujet de cette thèse et en accepter la présidence.

Il est pour nous l'image du véritable Patron, aussi soucieux de l'intérêt des malades de son service, que de l'enseignement de ses élèves.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre grande admiration et de notre sincère attachement.

A notre Maître, le Docteur René RETTORI,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Il a accepté de nous guider pour la rédaction de ce travail, ses critiques et ses conseils, toujours précis et judicieux, nous ont été indispensables.

Qu'il en soit maintenant très vivement remercié.

A nos autres Maitres d'Internat :

Monsieur le Professeur P. DENOIX,
Directeur de l'Institut G. ROUSSY

Monsieur le Docteur J. LACOUR,
Chef de L'unité de Chirurgie de l'Institut G. ROUSSY

Monsieur le Docteur M. LEBEL,
Chirurgien de l'Hôpital de Mantes la Jolie

Monsieur le Professeur Agrégé F. FLABEAU,
Chirurgien de l'Hôpital Fernand Widal

Monsieur le Docteur P.L. CHIGOT,
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

Monsieur le Docteur Cl. FRILEUX,
Chirurgien de l'Hôpital de Bicêtre

Monsieur le Professeur J. HUGUIER
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Monsieur le Professeur G. CERBONNET
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur Agrégé J. ILOYGUE,
Chirurgien de l'Hôpital ROTSCHILD

Nous leur devons notre formation chirurgicale. Voici pour nous l'occasion de leur exprimer notre profonde reconnaissance .

GENERALITES

La mortalité globale des exérèses coliques et rectales est de l'ordre de 5 % (GINZBURG:4,3 % sur 1000 cas). Ce taux est relativement satisfaisant pour des interventions majeures de chirurgie abdominale, qui s'adressent surtout à des sujets âgés et cancéreux.

Mais, si la mortalité reste dans des limites acceptables, la morbidité est encore trop lourde, ainsi que l'exprime la statistique de HEDBERG, sur 500 interventions coliques ou rectales : alors que cet auteur a 2 % de mortalité pour les lésions bénignes et 8 % pour les lésions cancéreuses, il compte 30 % de complications post-opératoires diverses après chirurgie colique et 43 % après chirurgie rectale !

Beaucoup de ces complications post-opératoires sont bénignes et n'ont d'autre inconvénient que de prolonger l'hospitalisation.

Mais certains peuvent nécessiter une réintervention . Ce sont elles qui font l'objet de cette étude. Elles posent avant tout un problème de diagnostic : il faut les reconnaître et poser judicieusement l'indication opératoire. C'est un problème de diagnostic purement clinique : les examens complémentaires sont là bien peu de secours, et l'examen de l'opéré, dans son lit, par la seule clinique, reprend tous ses droits. De telles décisions

sont souvent difficiles à prendre, nous le verrons, et nécessitent plus que jamais l'avis d'un Patron, riche de 20 ou 30 années d'expérience chirurgicale.

C'est là enfin que s'apprécient l'honneteté et la rigueur morale d'un chirurgien, car réopérer un de ses malades, c'est avouer et accepter un échec. C'est surtout manifester la volonté de le réparer, et de la réparer soi-même ; voilà d'ailleurs, à nos yeux, une des premières règles des réinterventions précoces : elles ne doivent jamais avoir lieu sans la participation effective du premier opérateur : lui seul sait exactement ce qui a été fait et où une imperfection a pu se glisser, c'est à lui de réopérer son malade.

La question des réinterventions précoces en chirurgie abdominale a fait récemment l'objet d'un très important débat devant l'Académie de Chirurgie. De très nombreuses interventions ont permis de préciser la fréquence et les risques de complications post-opératoires, ainsi que les moyens de diagnostic et les indications thérapeutiques.

Le but de ce travail n'est donc pas de reprendre ces notions générales. Nous tenterons, dans le cadre un peu particulier de la chirurgie colo-rectale, d'insister surtout sur le mécanisme des complications, les moyens de prophylaxie, les techniques des laparotomies itératives ; ces points ont été en effet moins étudiés devant l'Académie.

D'autre part, nous mettrons l'accent sur ce qui est spécial à la chirurgie colique ou rectale, notamment la plus grande fréquence des complications, la plus grande gravité des réinterventions, et nous essaierons d'en préciser les raisons.

MATERIEL D'ETUDE :

Ce travail est basé sur l'analyse de 26 observations recueillies depuis 1957 dans les services dirigés par notre maître, le Pr. Cl. OLIVIER. Ces malades sont ceux qui, après une intervention portant sur le colon ou le rectum ont dû être réopérés préoocément.

Sur ces 26 malades, 24 avaient subi leur intervention initiale dans le service. Ils font partie des 340 opérations coliques ou rectales pratiquées depuis 1957 dans les services successifs du Pr. OLIVIER ; les 24 réinterventions précoces représentent donc un pourcentage de 7 % de côlon ou de rectum, qui doivent être réopérés dans les suites immédiates.

Selon la définition énoncée devant l'Académie de Chirurgie par le Pr. OLIVIER, nous avons considéré comme réinterventions précoces "toutes celles qui ont semblé être la conséquence directe de l'intervention initiale, sans qu'il y ait eu dans l'intervalle de véritable guérison". Nous n'avons donc pas assigné de limite chronologique à nos réinterventions "précoces".

D'autre part, comme l'avait fait GERMAIN, nous avons exclu certains actes chirurgicaux mineurs post-opératoires, tels qu'ouverture d'abcès de paroi, sutures secondaires, ablation de fils pariétaux résiduels, etc...

1 - Fréquence des réinterventions selon l'opération initiale :

- sur le côlon :

Hémicolectomies droites :	4 cas
colectomies gauches :	8 cas
colotomies :	1 cas
colostomies :	3 cas

report....	16 cas
- sur le rectum :	
résection antérieure :	2 cas
opération de HARTMANN :	2 cas
opération de BABCOCK :	1 cas
Amputations abdomino-périnéales :	5 cas
	26 cas

Cette liste correspond à peu près exactement à la fréquence respective avec laquelle furent effectuées les interventions initiales.

Signalons simplement que nous ne possédons pas d'observation de réintervention précoce après colectomie totale.

2 - Principales complications chirurgicales :

Nous avons recensé 40 complications post-opératoires diverses, susceptibles d'entrainer une réintervention précoce.

Deux faits sont à noter :

a - D'abord le nombre important de malades atteints de complications multiples :

- 15 seulement sur 26 avaient une seule lésion (57 %) ; ,
- mais 8 malades avaient 2 complications associées ; 2 étaient porteurs de 3 lésions ; un sujet fit même 5 complications successives ou concomitantes.

b - Les complications se répartissent en 3 chapitres principaux : qui groupent 30 lésions sur 40 :

- d'abord les complications pariétales : 9 éviscérations et 1 gangrène gazeuse ;

- puis les complications occlusives : I0 cas ;

- enfin 10 lâchages de sutures, responsables de péritonites ou des fistules externes.

3 - Les réinterventions précoces :

Nous avons pratiqué 35 réinterventions précoces, ayant permis la découverte et la cure des 40 complications post-opératoires.

Il y eut donc plusieurs relaporotomies faites pour des complications multiples, d'autant que nous comptons dans cette série deux interventions abusives, n'ayant pas trouvé la lésion suspectée : on réopèra une fois pour occlusion mécanique, mais il n'y avait pas d'obstacle (observation XIX) ; une autre fois, on ne trouva pas l'abcès sous-phrénique supposé (observation XXIII).

A l'opposé, nous devons déplorer de ne pas avoir réopéré deux malades atteints d'abcès sous-phréniques, qui ne furent diagnostiqués qu'à l'autopsie.

En ce qui concerne enfin la répartition des réinterventions par malade :

- I9 sujets sur 26 ont subi une seule réintervention (73 %) ;
- 6 ont eu 2 réinterventions successives ;
- 1 malade enfin a été réopéré 3 fois.

CAUSES GENERALES DES REINTERVENTIONS :

Nous tenterons , lors de l'étude détaillée de chaque complication, d'en préciser les causes possibles. Mais auparavant, à la lumière de nos 26 observations, nous allons essayer d'évaluer, dans la genèse des ennuis post-opératoires, la part de ce qui revient aux insuffisances de l'intervention première, et la part de la déficience du terrain.

I - Responsabilité de l'opération première :

Trois possibilités nous semblent à distinguer :

1 - Intervention inadaptée, ayant laissé se poursuivre le processus pathologique (2 cas) :

Il ne s'agit donc pas véritablement d'échec de l'intervention, mais plutôt d'erreur d'indication thérapeutique ou de tactique opératoire :

- soit à la suite d'une erreur de diagnostic : ainsi dans notre observation XIII, on opéra en urgence, par MAC BURNEY, avec le diagnostic d'appendicite aiguë chez une femme de 63 ans ; l'appendice était sain, mais l'opérateur découvrit une volumineuse masse pelvienne qu'il n'explora pas davantage ;

- soit malgré un diagnostic correct, comme dans l'observation n° 1 : pour ce cancer occlusif de la valvule de BAUHIN, on fit en urgence une iléostomie latérale, dont le mauvais fonctionnement nécessita une reprise.

Dans les deux cas, il s'agissait d'interventions faites en urgence et qui furent manifestement insuffisantes.

Nous n'en avons pas d'autres observations. En effet, la plupart de nos malades étaient porteurs de cancers diagnostiqués et subirent l'intervention prévue et adaptée aux lésions.

2 - Erreurs de technique opératoire (4 cas) :

Il ne s'agit plus ici de tactique, mais de faute technique ayant plus ou moins directement entrainé une complication post-opératoire :

- une occlusion fut causée par une péritonisation défectueuse du petit bassin après amputation du rectum ;

- une autre occlusion était due à une faute de montage après hémicolectomie droite : la dernière anse iléale était tordue sur elle-même de 180° avant l'anastomose iléo-transverse ;

- deux éviscérations étaient prévisibles : l'une chez un malade porteur de 2 incisions verticales parallèles, dont la paroi fut fermée plan par plan ; l'autre chez une malade dont la médiane itérative fut aussi suturée plan par plan et laissait en outre sortir un sac de MICKULICZ.

Il est probable qu'une technique plus précise dans chaque cas, aurait pu éviter ces 4 complications, dont 3 furent mortelles malgré la réintervention.

3 - Imperfections techniques ayant pu jouer un rôle favorisant :

Dans de nombreux cas, il est possible qu'une imperfection technique ait été , sinon le facteur responsable, du moins un des facteurs favorisants de la complication observée :

- deux éviscérations se sont produites chez des sujets porteurs d'une colostomie terminale placée dans l'incision elle-même et qui se rétracta ce qui a sans doute aidé la désunion pariétale ;

- une autre colostomie terminale se rétracte dans l'abdomen, avec péritonite ;

- une cellulite pelvienne fut la conséquence de la perforation nécrotique du côlon abaissé pour une intervention de BABCOCK, et dont la vascularisation avait cependant paru satisfaisante ;

- une autre péritonite fut due au lâchage d'une entérotomie de vidange , au cours d'une opération de HARTMANN ;

- cette question des lâchages d'anastomoses digestives, dont nous avons 10 exemples, fait d'ailleurs partie de ces complications plus ou moins favorisées par des insuffisances techniques ; deux fois seulement, l'imperfection possible apparait sur le compte-rendu opératoire, qui signale l'anastomose comme plus ou moins "limite" ; dans les autres cas, sont associés probablement quelque insuffisance d'exécution et des facteurs généraux.

II - La déficience de l'état général :

Le rôle de l'insuffisance du terrain n'apparait pas avec certitude dans le déclenchement des complications post-opératoires , par contre, elle en accentue considérablement la gravité.

1 - Age des malades :

La chirurgie du côlon et du rectum s'adresse à des sujets âgés : deux seulement de nos malades avaient moins de 50 ans.

L'un d'entre eux était d'ailleurs en très mauvais état général : cet homme de 23 ans était porteur d'un cancer sigmoïdien en occlusion chronique ; il s'agissait d'un sujet très amaigri, gitan, à l'état nutritionnel insuffisant, hypoprotidémique et en état de choc chronique ; il fit dans les suites de l'exérèse de sa tumeur, un double lâchage : éviscération plus désunion d'une entérotomie de vidange , avec péritonite; décès le soir de la réintervention.

Cette observation met bien en évidence le rôle déclenchant d'un facteur local (la distension abdominale), et le rôle adjuvant de l'insuffisance du terrain ; en tous cas, celle-ci a empêché le malade de supporter sa réintervention (observation XXIV).

2 - Seulement 5 de nos malades étaient porteurs d'affection bénigne :

Quatre d'entre eux n'étaient pas en meilleur état général pour autant :

- deux furent opérés en urgence : une résection pour volvulus du côlon pelvien chez un homme de 67 ans (éviscération secondaire) ; une péritonite aiguë par perforation de diverticule sigmoïdien (lâchage d'anastomose après l'exérèse du sigmoïde) ;

- deux autres étaient atteints d'infections chroniques : une sigmoïdite abcédée opérée après une longue suppuration, une polypectomie chez un tuberculeux pulmonaire en traitement ; ces 2 malades firent un lâchage de suture.

3 - Tous nos malades étaient des cancéreux âgés de 51 à 80 ans (20 cas sur 26) :

Tous n'étaient pas dénutris ; deux sont même qualifiés d'obèses. La plupart cependant avaient maigri, bien que le chiffre d'amaigrissement fasse souvent défaut dans les observations. Beaucoup étaient hypoprotidémiques et en état nutritionnel médiocre, comme il est fréquent dans les banlieues populaires où se fait le recrutement de l'hôpital TENON.

Bien des malades enfin présentaient de plus une cause nette de déclin de l'état général :

- 3 cancers en occlusion chronique trainante depuis plusieurs semaines ;

- 2 cancers infectés suppurant depuis longtemps ;

- 2 occlusions aiguës pour cancers très étendus et métastasés, qui ne justifièrent qu'une dérivation en amont.

Nous trouvons chez ces 7 malades :

- 3 éviscérations,
- 2 lâchages d'anastomoses.

III - En conclusion :

L'influence respective des facteurs techniques et des terrains dans le déterminisme des complications, est difficile à délimiter. Nous ne trouvons que 6 fois une insuffisance technique semblant indiscutable, alors que les deux tiers de nos malades étaient en état général nettement insuffisant lors de l'intervention première. Le rôle des malfaçons techniques semble moindre en chirurgie colo-rectale que pour bien d'autres interventions digestives, alors que le terrain déficient est un élément beaucoup plus fréquent.

C'est pour les éviscérations et les lâchages d'anatomoses, qui traduisent un trouble de la cicatrisation, que l'influence du terrain peut être la plus directe. Ainsi sur 8 malades atteints d'éviscération, 6 étaient en mauvais état général lors de l'intervention initiale ; sur 10 cas de lâchages, nous trouvons 5 malades au terrain déficient.

Ainsi que nous le verrons, beaucoup d'éviscérations sont explicables par des causes locales. Il est cependant troublant de constater que, 2 fois, la désunion pariétale s'associera à un lâchage de suture digestive, et qu'un autre malade fit deux éviscérations successives, lors des 2 temps de l'exérèse de sa tumeur.

De même, pour les lâchages de sutures digestives, il est probable que s'associent les troubles de la cicatrisation à de petites imperfections techniques indiscernables à la lecture des compte-rendu opératoires ; comment expliquer autrement nos 2 cas de lâchages de courtes entérotomies, ou l'association chez un même malade d'un double lâchage (iléo-iléal et iléo-vésical) ?

En résumé :

- Il est rare que l'insuffisance du terrain apparaisse comme la cause directe d'une complication post-opératoire ; cependant lorsqu'elle s'ajoute à une petite imperfection technique (dont nul opérateur n'est à l'abri), elle peut expliquer bien des accidents, en particulier les éviscérations et les lâchages d'anastomoses ;

- Enfin , un état général déficient est surtout un facteur aggravant indiscutable de ces complications, lorsqu'elles imposent la réintervention ; nos très nombreux cas de malades en mauvais état expliquent la lourde mortalité de notre série.

Il faut tenir compte de ces problèmes dans le choix de l'intervention initiale : la tactique doit s'adapter au terrain.

RESULTATS DES REINTERVENTIONS :

Nous avons obtenu 11 guérisons par la réintervention et 15 décès.

I - Analyse des guérisons :

1 - Dans 8 cas, le malade fut facilement guéri par une réintervention simple :

- 1 gangrène pariétale guérie par débridement et greffe ;
- 1 abcès pré-sacré, drainé ;
- 1 occlusion mixte, guérison par libération d'adhérences ;
- 1 occlusion mécanique, qui imposa une iléostomie ; guéris grace à des soins diététiques précis ;
- enfin nos 4 cas de fistules coliques externes, guéris par colostomie d'amont.

2 - Mais la guérison fut parfois plus difficile à obtenir, ayant imposé plusieurs réinterventions ; ce fut le cas de 3 malades opérés pour hémicolectomie droite, qui totalisent 7 interventions :

- observation XVII : deux réinterventions, l'une pour un abcès du flabc droit, l'autre pour un abcès sous-phrénique droit ;

- observation XVIII : occlusion mécanique post-opératoire opérée, suivie d'un ileus paralytique guéri par iléostomie;

- observation XXIII : cure d'occlusion mécanique, puis relaparotomie pour suspicion d'abcès sous-phrénique, non retrouvé ; 3e réintervention un mois plus tard pour nécrose sigmoïdienne.

Contrairement à ce qu'on pouvait craindre pour ces malades polyopérés, les réinterventions successives n'ont pas été mal supportées et ont permis la guérison.

II - Analyse des décès :

15 malades sur 26 sont morts malgré la réintervention (57%). Cette proportion importante impose une étude approfondie :

1 - Les complications les plus meurtrières :

C'est la défaillance de l'état général qui explique la gravité des réinterventions précoces ; la mortalité est en effet maxima pour les complications qui s'accompagnent le plus volontiers de déficience profonde du terrain :

- éviscérations et péritonites,
- complications multiples.

a - Il faut noter d'emblée un fait frappant : tous nos malades atteints d'éviscérations ou de péritonites et réopérés sont décédés.

Or ces deux complications reflètent un trouble de la cicatrisation, accompagnant une grave atteinte de l'état général, qui est devenu incapable de faire les frais d'une réintervention.

b - Remarquons également la gravité des complications post-opératoires multiples, surtout lorsqu'elles surviennent simultanément, retentissant lourdement sur l'état général.

Nous avons 6 fois constaté, au cours d'une même réintervention, l'association de plusieurs lésions ; ces 6 malades sont morts :

- 4 étaient porteurs de 2 complications associées :
  - éviscération + fistule iléale,
  - éviscération + péritonite ;
  - éviscération + abcès intra-abdominal ;
  - cellulite pelvienne + péritonite ;

- 2 avaient 3 complications simultanées :
  - éviscération + fistule iléale + abcès intra-péritonéal ;
  - éviscération + fistule iléale + lâchage d'anastomose.

Par contre, lorsque les complications surviennent successivement, elles sont souvent mieux supportées, nous venons de le voir dans le précédent chapitre ; cependant, elles furent 2 fois mortelles :

- observation VI : péritonite généralisée opérée, suivie de 2 e intervention pour abcès résiduels ;

- observation III : fistule vésicale opérée, puis nouvelle intervention pour fistule iléale.

2 - Les causes directes des décès :

Nous les classerons en 2 groupes :

- Les causes "chirurgicales", c'est à dire les échecs de la réintervention ;

- les causes "médicales", c'est à dire les décès par insuffisance de réanimation ou par une complication médicale, plus ou moins directement favorisée par la réintervention.

a - Echecs de la réintervention :

Six de nos malades sont morts d'une lésion chirurgicale après leur première réintervention :

- 3 d'entre eux avaient été laparotomisés à nouveau, la lésion ayant été reconnue, mais sa cure chirurgicale n'empêcha pas le décès ;

- 3 autres n'ont pas été réopérés, le diagnostic n'ayant pas été fait pré-mortem ; il faut dire que ces 3 sujets étaient dans un état particulièrement critique, semblant n'autoriser aucun geste chirurgical.

Il faut bien dire aussi que si l'indication à réopérer est difficile à porter devant une complication post-opératoire, elle est encore plus complexe après une réintervention, si le malade ne semble pas guéri.

La réintervention peut avoir échoué pour 2 raisons :

- ou bien elle fut inefficace et suivie de récidive ;
- ou bien elle fut suivie d'une autre complication chirurgicale.

α - Les récidives : nous en avons 3 cas, dont 2 réopérés :

- l'observation VI déjà citée (persistance d'abcès intra-abdominaux après péritonite);

- dans l'observation XIV , après une cure d'éviscération avec fistule du grêle et abcès pelvien, décès et découverte d'abcès intra-péritonéaux multiples à l'autopsie;

- enfin l'observation III, déjà citée, est un exemple d'erreur de tactique lors de la réintervention : on voulu traiter une fistule vésicale par une néo-vessie iléale et le malade fistulisa ses 2 anastomoses ; il ne fallait pas demander à ce malade une cicatrisation d'anastomose dont il était incapable, mais se contenter d'un geste anodin (dérivation par urétérostomie) et traiter les lésions plus tard.

β - Les complications nouvelles : nous en avons 3 cas également :

- observation II : décès après cure d'éviscération ; à l'autopsie : péritonite par embrochage d'une anse sur un fil pariétal ; il s'agit là d'une faute de technique de réintervention, directement responsable de la nouvelle complication.

- observation VII : après cure d'éviscération, hémorragie abondante de la concavité sacrée obligeant à réintervenir ; mais décès par embolie pulmonaire ;

- observation VIII : décès après cure d'éviscération et d'occlusion ; à l'autopsie : péritonite par lâchage d'anastomose colo-colique ; il s'agit encore d'une faute technique de la réintervention qui a méconnu une lésion associée.

b - Complications médicales :

Nous groupons sous ce titre les observations de sujets dont l'autopsie ne trouva pas de lésion chirurgicale directement responsable de la mort.

Ces complications se classent en 2 groupes :

α - Les accidents plus ou moins inévitables, mais tout de même directement imputables à la réintervention ; nous en avons 7 cas mortels :

- 1 arrêt cardiaque en cours de réintervention (observation XVI);
- 1 infarctus du myocarde post-opératoire (observation V) ;
- 5 embolies pulmonaires, vérifiées, ayant d'ailleurs souvent semblé venir plutôt d'une thrombose ventriculaire droite que des veines jambières (obs. III, IV, VII, IX et XIII).

Cette proportion importante d'embolies s'explique par les difficultés d'adaptation des anticoagulants aux malades qui ont dû être réopérés.

β - Les décès qui semblent dus à des erreurs ou à des insuffisances de réanimation post-opératoire :

Dans au moins 5 cas, une réanimation mieux adaptée aurait sans doute pu éviter la mort :

- observation I : dénutrition et déclin de l'état général après iléostomie ;
- observation VI : O.A.P. mortel, l'opéré ayant été maintenu sous un appareil d'ENGSTROM en pression négative trop importante ;
- observation X : troubles nerveux et psychiques, avec oligo-anurie, obligeant au transfert dans un service de réanimation médicale ;
- observation XIX : encombrement respiratoire fébrile et asphyxie croissante ;
- observation XXIV : collapsus dans les heures suivant la réintervention.

Ces cas ne sont d'ailleurs pas les seuls. Dans 3 autres observations au moins (VIII, XIII et XIV), des troubles variés liés en partie à une réanimation

difficile ont sans doute contribué à l'issue fatale ; ces exemples traduisent bien les écueils de la rééquilibration de ces sujets, opérés d'interventions majeures à peu de jours de distance, et d'état général déclinant.

c - En conclusion :

15 de nos 26 malades réopérés sont morts. Ils sont le plus souvent morts de leur réintervention : soit qu'elle ait été inefficace (3 fois), soit qu'elle ait causé une nouvelle lésion (1 fois), soit surtout qu'elle ait été suivie d'accidents médicaux incontrôlables ou de troubles biologiques majeurs.

Nous ne pouvons cependant regretter d'avoir réopéré ces malades : tous en effet étaient atteints de complications majeures et fatales en l'absence de réintervention. Il n'y eut que peu d'erreurs tactiques (1 cas) ou techniques (2 cas) au cours de ces laparotomies difficiles ; c'est 12 fois sur 15, un accident médical ou des désordres généraux qui furent responsables de la mort ; c'est la prévention de ces accidents et la réanimation des opérés graves qui restent aujourd'hui les difficultés majeures des réinterventions après chirurgie colique ou rectale.

CLASSIFICATION DES REINTERVENTIONS :

Nous avons adopté le plan suivant :

- Nous envisagerons en premier les éviscérations, complication qui n'est pas particulière à la chirurgie colique ou rectale , mais qui y puise sa fréquence et sa gravité (8 observations) ;

- puis les occlusions post-opératoires précoces, complication la plus répandue puisque nous en avons 9 observations ;

- puis les péritonites stercorales généralisées (4 cas) ;

- les abcès collectés intra-abdominaux (6 cas) et les cellulites pelviennes (1 cas) ;

- les fistules externes, d'origine colique (4 cas), puis d'origine iléale (3 cas);

- enfin nous verrons plus rapidement quelques causes plus rares de réinterventions : hémorragies (1 cas), gangrène pariétale (1 cas), fistules urinaires (1 cas) ;

Ce plan n'est certes pas exempt de critiques possibles. En ce qui concerne notamment le problème des complications septiques intra-péritonéales, il existe bien des états mixtes, avec à la fois occlusion et abcès collecté, qu'on ne sait où classer. Nous savons bien que l'iléus est un symptôme qui peut accompagner bien des affections péritonéales, et non une lésion en soi.

Il nous semble cependant que ce plan a l'avantage de mieux présenter les problèmes sous l'angle de la clinique , car c'est elle qui amènera ou non à réopérer. On réintervient sur des signes cliniques d'occlusion ou de péritonite, bien souvent sans connaitre la lésion exacte. Le fait que la lésion causale soit généralement la même (un lâchage d'anastomose) ne peut justifier d'étudier ensemble une péritonite et une fistule externe, dont le tableau clinique et le pronostic sont entièrement différents.

Nous verrons donc, à propos de chaque complication, les causes possibles, les moyens du diagnostic, l'attitude thérapeutique qui nous semble la meilleure, les résultats obtenus, enfin les précautions de prophylaxie souhaitables.

Notre travail se terminera par l'exposé détaillé de nos 26 observations.

oOo

TABLEAU I : REPARTITION DES 26 observations

	Hémi-colectomies droites	Colectomies gauches	Colotomie	Stomies	Résections antérieures	Hartmann	Babcock	Amputations abdomino-périnéales
Eviscérations		II VIII		V XIII		XIV XIV XXIV		VII IX
Occlusions	XVII XVIII XXIII XXVI	VIII XII		I I		XIV		IV XIX
Péritonites		X	VI			XXIV	XVI	
Abcès intra-abdominaux	XVII XVII		VI		XXII	XIV		VII
Cellulite							XVI	
Fistules coliques externes		XX XXI XXV			XV			
Fistules iléales externes				XIII		XIV		III
Hémorragies								VII
Gangrène pariétale		XI						
Fistules urinaires								III
Laparotomies blanches	XXIII							XIX

- II -

EVISCERATIONS

Les éviscérations post-opératoires n'ont rien de particulier à la chirurgie colo-rectale ; mais elles y sont fréquentes et graves.

Le risque d'éviscération après laparotomie quelconque est estimé, selon les statistiques, de 0,40 % à 2,6 % (la communication de notre Maître Cl. OLIVIER fait état de 16 cas sur 3470 laparotomies, soit 0,8 %).

Il est intéressant de constater l'absence de diminution de fréquence des éviscérations, qui restent aussi répandues qu'autrefois, à l'inverse de bien d'autres complications. BETTMANN, par exemple, trouvait en 1936, 0,43 % d'éviscération sur 7500 laparotomies; en 1960, il en compte 0,65 % sur 11.654 laparotomies.

Mais la fréquence des eviscérations est encore plus grande après chirurgie colique et rectale. Sur 217 cas de SEDGWICK, 39 furent dues à cette chirurgie, qui occupe la première place. ROUSSELOT note 11 éviscérations sur 405 interventions coliques ou rectales, soit 2,7 %.

Nous avons observé une proportion voisine d'éviscérations, puisque nous en possédons 8 cas qui ont été réopérés. Ces 8 malades sont morts : voilà qui exprime bien la gravité particulière des complications post-opératoires de la chirurgie colo-rectale !

Les éviscérations méritent donc une étude approfondie de leur étiologie, de leur symptomatologie, des méthodes thérapeutiques, enfin et surtout de leur prophylaxie.

ETIOLOGIE

De très nombreuses causes ont pu être invoquées, concernant l'état général de l'opéré ou l'état local de la paroi abdominale :

I - Facteurs généraux :

1 - L'âge :

L'éviscération est plus fréquente chez les sujets âgés :

. MAC CALLUM : I, 6 % avant 45 ans, 4, 5 % après ;

. CONTI et PASTORE : en mettant à part la tranche d'âge inférieur à 10 ans, la fréquence augmente progressivement dans les tranches ultérieures ; on note un brusque saut de I, 9 % pour la tranche 5I-60 ans, à 4, 32 % pour la tranche 61-70 ans.

Un de nos malades n'avait que 23 ans , mais tous les autres avaient plus de 55 ans.

2 - La lésion causale :

La plus grande fréquence des éviscérations chez les cancéreux est également nette (deux fois plus, dans la statistique de CONTI et PASTORE).

Nous avons cependant 2 malades qui avaient été opérés pour une affection bénigne.

3 - Les carences vitaminiques :

Les expériences de WOLBACK et HOWES ont montré une diminution de 50 % de la résistance des parois chez les animaux carencés en vitamine C.

4 - La dénutrition et l'hypoprotidémie :

LOCALIO a démontré expérimentalement qu'une baisse de 25 % des protéines totales entraine une absence de cicatrisation, conduisant toujours à l'éviscération. Elle se traduit en effet par une diminution de la formation des fibroblastes et par un oedème tissulaire dû à la chute de la pression oncotique du plasma, et qui est responsable d'une hypovascularisation des tissus cicatriciels.

Cette diminution des protéines totales n'est généralement pas apparente à la lecture du chiffre de la simple protidémie, couramment mesurée au laboratoire. Elle fait partie, en effet, de l'état de choc chronique, et la baisse de la masse plasmatique incite à se méfier des chiffres globaux. Par contre, le rapport $\frac{\text{albumines}}{\text{globulines}}$ garde sa valeur indicative. De fait, sur 23 éviscérations, CONTI ne trouve que 4 fois un rapport A/G supérieur ou égal à 1, alors que le chiffre de protidémie était presque toujours normal (il n'était que 4 fois inférieur à 65 g/l). Chez nos malades, le rapport A/G ne fut que rarement mesuré, mais le chiffre de protides totaux était toujours supérieur à 65 g/l.

La traduction clinique essentielle de l'état de choc chronique est l'amaigrissement, habituel au cours du cancer et des suppurations prolongées; il n'est que le reflet d'un catabolisme azoté prédominant, qui prédispose aux troubles de la cicatrisation. SEDGWICK constate que les éviscérations sont plus fréquentes chez les sujets ayant perdu du poids avant l'intervention. GERMAIN, RAZEMON notent également un état de choc chronique net dans une sur deux de leurs éviscérations.

Tous nos malades dont le poids est mentionné, avaient maigri de façon notable (6 kilos en moyenne) avant l'intervention. Six étaient des cancéreux, dont 4 en état général franchement médiocre (amaigrissement et deshydratation importante, subocclusion chronique ou carcinose péritonéale). Les 2 sujets non cancéreux étaient aussi porteurs d'affections au long cours : un volvulus du côlon pelvien en subocclusion chronique, une suppuration trainante de sigmoïdite. D'ailleurs 2 malades firent, en même temps que leur éviscération, un lâchage d'anastomose, traduisant bien un défaut de cicatrisation (observation VIII et XXIV).

L'état de choc chronique nous semble donc un facteur favorisant très vraisemblable des éviscérations. Il n'est pas facile à affirmer, faute de mesurer le volume plasmatique, mais le chiffre d'amaigrissement en fournit une bonne approximation. Son traitement pré-opératoire nous parait indispensable.

II - Facteurs locaux :

1 - L'incision

Ce sont surtout les incisions verticales qui s'éviscèrent :

- les médianes semblent les plus exposées, à cause de leur moins bonne vascularisation ; CONTI et PASTORE notent 1,91 % d'éviscérations sur les médianes et 0,69 % pour les autres laparotomies ; BURCH et REES ont des résultats voisins ;

- mais d'autres auteurs donnent des chiffres inverses: ainsi, dans l'importante série de MAC CALLUM, la médiane semble la plus sûre, son avantage principal étant de ne sectionner aucun pédicule vasculo-nerveux.

Nos 8 cas comprenaient 4 médianes sous-ombilicales et 4 trans-rectales gauches. Il ne nous parait donc pas que le type de l'incision verticale ait une influence notable.

2 - Le mode de fermeture :

Le rôle de la technique de fermeture semble bien plus important L'étude de MAC CALLUM et LINK est, là encore, intéressante ; elle compare notamment les pourcentages d'éviscérations après suture plan par plan et après suture en un plan séro-musculaire, dans laquelle les fils sont passés en 8 (avec une boucle inférieure prenant largement le plan séro-musculaire, et une boucle supérieure ne prenant que les berges de l'aponévrose). La fermeture plan par plan donna 2,2 % d'éviscérations (sur I700 cas), la "fermeture en 8" I,2 % seulement (sur I400 cas).

Il est instructif de s'intérroger sur la responsabilité de chacun des plans pariétaux dans la survenue d'une éviscération :

a - La peau ne joue de toute évidence aucun rôle, comme le montrent les fréquentes éviscérations sous-cutanées, sous une peau cicatrisée ou encore maintenue par les fils.

b - Le plan péritonéal intervient par contre au premier chef. Sa déhiscence fait partie de l'éviscération, en permettant au contenu abdominal de s'insinuer par les brèches aponévrotiques.

Nous ignorons généralement si la désunion du péritoine est primitive, ou si elle succède à la rupture du plan musculo-aponévrotique. De même, nous ne savons pas pourquoi cette désunion se produit, alors que l'accolement l'un à l'autre des feuillets péritonéaux est ordinairement si rapide.

c - Le plan musculo-aponévrotique est le seul solide : c'est lui qui cède et permet l'éviscération.

Le matériel utilisé pour sa réfection ne peut guère être incriminé : les statistiques ne montrent aucune différence significative selon la nature des

fils de paroi. De plus, en réopérant une éviscération, on constate qu'en règle les fils sont intacts, que les noeuds ne sont pas dénoués : la paroi a lâché à côté ou a coupé sous les fils.

L'aponévrose est le plan mécaniquement résistant ; c'est sur elle que doivent s'appuyer les fils. Elle a cependant l'inconvénient d'être inerte, peu vasculaire (nourrie par imbibition au contact du muscle) et de pouvoir se laisser cliver dans le sens des fibres.

Le muscle lui-même joue certainement un rôle aussi important dans la solidité pariétale, car il est contractile et résiste activement à la poussée abdominale, car il est vasculaire et assure l'apport sanguin nécessaire à la cicatrisation. Aussi nous semble-t-il qu'une bonne fermeture pariétale doit non pas rapprocher l'aponévrose seule, mais amener au contact les berges musculaires. C'est sans doute ainsi que s'explique la plus grande sécurité apportée par les sutures en 8 ou en un plan, qui prennent toujours une bonne épaisseur de muscle en plus de l'aponévrose, la prise aponévrotique empêchant le fil modérément serré de couper le muscle.

Deux autres problèmes concernant le mode de fermeture des parois doivent encore être signalés :

- Les incisions itératives : la sclérose et la mauvaise vascularisation des berges exposent spécialement à l'éviscération, et une des précautions techniques capitales des réinterventions vise justement à assurer une paroi solide (faute d'y avoir eu recours, nous avons obtenu l'éviscération de notre malade n° XIII) ;

- l'issue de drains ou de colostomies par l'incision est sans doute un facteur favorisant, car source de fragilité et d'infection pariétales ; de fait, 3 de nos 8 cas peuvent ainsi s'expliquer (1 sac de Mickulicz et 2 colostomies terminales par l'incision).

3 - La distension abdominale post-opératoire :

Un opéré récent a de multiples raisons de distendre sa paroi et de tirer sur sa suture : ballonnement si le transit est un peu long à se rétablir, efforts de vomissements, quintes de toux, lutte contre une dyspnée expiratoire asthmatiforme , exercent une traction surtout sensible sur les incisions verticales.

Cette cause, pour bien des auteurs, est la plus importante. SEDGWICK considère que l'augmentation de la poussée abdominale est la cause essentielle de l'éviscération ; sur 217 cas, existait une fois sur 3 une nette distension. Celle-ci est aussi pour GERMAIN le facteur principal qui entrave la vascularisation de la paroi et fait couper les tissus par les fils.

Elle existait chez au moins 3 de nos malades, par météorisme ou efforts de toux.

4 - L'infection locale de l'incision :

L'origine infectieuse des éviscération est contestée par beaucoup d'auteurs ; en particulier, les importantes statistiques de SEDGWICK ou de MAC CALLUM n'en retrouvent pas d'influence significative .

A l'inverse, pour HEPP et VILAIN, le facteur essentiel de la désunion pariétale est l'infection torpide de la plaie opératoire. Développée aux points d'ischémie tissulaire induits par les fils de suture, l'infection protéolytique "détruit l'aponévrose, comme l'étincelle consume la mèche d'amadou".

Il est de fait que beaucoup d'éviscération semblent s'accompagner de phénomènes infectieux larvés, traduits par un écoulement de sérosité louche par l'incision. Une de nos observations est à cet égard instructive (observation IX) ; ce malade qui avait subi une amputation du rectum, était porteur d'une incision trans-rectale où était placée la colostomie terminale ; il s'éviscéra le

7e jour, et, lors de la réintervention, fut pratiquée une biopsie musculaire sur les berges de l'incision : il existait en effet une myosite interstitielle inflammatoire.

Il faut remarquer de plus que 7 de nos 8 observations étaient accompagnées de phénomènes infectieux indiscutables, soit intra-péritonéaux (péritonite, abcès), soit au niveau de l'incision (fistule, colostomie ou drains). Seule l'observation V semble, exempte de facteur infectieux, l'intervention ayant été une simple exploration, avec établissement d'un anus sur baguette par contre-incision. Mais une contamination per-opératoire ne peut jamais être exclue.

Il nous semble donc bien que l'infection larvée de la cicatrice soit un des facteurs étiologiques les plus importants à retenir, et les plus nécessaires à prendre en considération pour le traitement.

III - En conclusion :

1 - Notons d'abord un dernier facteur causal : le chirurgien lui-même.

Sans nous étendre sur la question, nous ne ferons que citer l'amusante constatation de MAC CALLUM, qui trouve des différences extrêmes d'un opérateur à l'autre, en reprenant les chiffres d'éviscérations de 2 grands hôpitaux américains :

. de 0,5 à 12 % selon les chirurgiens au Vétéran Administration Hospital de Portland;

. de 0 à 4,6 % au Good Samaritan Hospital de Corvallis !

Les résultats les meilleurs sont, parait-il, ceux des gynécologues et des opérateurs qui emploient la fermeture en "forme de 8". Mais de telles différences laissent songeur.

2 - Que conclure de cette longue énumération des causes possibles ?

- L'infection locale joue un rôle sans doute important, vraisemblablement favorisé par la dénutrition et le choc chronique, ainsi s'explique la forte proportion d'éviscérations en chirurgie colo-rectale, chirurgie septique chez des sujets âgés souvent fatigués ;

- Le mécanisme des éviscérations est en règle multiple, d'où leur relative rareté, mais aussi la difficulté de leur prophylaxie ; cette notion semble confirmée par le tableau ci-dessous, qui indique les facteurs étiologiques possibles chez nos 8 malades (tableau II).

DIAGNOSTIC

Les éviscérations sont faciles à reconnaitre. Elles se produisent inopinément, et c'est en changeant un pansement qu'on constate l'issue d'épiploon ou d'anses intestinales. Ce fut le cas dans 6 de nos 8 observations. Nous n'avons jamais vu de formes brutalement révélées par une violente douleur et un état de choc, comme dans les éviscérations de la quasi-totalité du grêle.

La date de survenue moyenne est le 8e jour (du 6e au 12e jour dans nos cas).

Deux fois, le diagnostic fut fait plus tôt, au 4e et 5e jours, devant l'écoulement par la plaie de liquide séro-sanglant, qui n'est autre que de la sérosité péritonéale. Ce signe permet de reconnaitre précocément l'éviscération sous-cutanée, qui peut être confirmée par une radio de profil, montrant les anses sous la peau, et d'en entreprendre le traitement sans retard.

TABLEAU II : Causes des éviscérations

Observations	Age	Etat général	Diagnostic et intervention subie	Incision et fermeture	Infection locale	Distension abdominale
II	67 ans	Occlusion aigüe opérée en urgence	Volvulus du côlon pelvien Colectomie	Médiane Plan par plan		Météorisme
V	87 ans	Occlusion aiguë opérée en urgence Carcinose péritonéale	Cancer du côlon G. Colostomie	Médiane Plan par plan		Insuffisance respiratoire
VII	79 ans	Amaigrissement (de 6 kg)	Cancer du rectum amputation	Transrectale gauche Plan par plan	Colostomie dans l'incision, rétractée en profondeur.	
VIII	73 ans	Suppuration profonde	Sigmoïdite Résection	Trans-rectale gauche Plan par plan	Cure de sigmoïdite abcédée	Météorisme ++ (occlusion précoce associée)
IX	55 ans	Obèse	Cancer du rectum amputation	Trans-rectal gauche Plan par plan	Colostomie dans l'incision, avec myosite interstitielle	Dyspnée asthmatiforme
XIII	63 ans	Suppuration profonde	Cancer colique abcédé colostomie	Médiane Plan par plan	Abcès pelvien fistule iléale associée Mickulicz dans l'incision	
XIV (2 éviscérations	57 ans	Occlusion colique chronique	Cancer côlon G 1 - colostomie 2 - Hartmann	1-médiane plan par plan par plan 2-Para-rectale plan par plan	2- fistule iléale associée	1 - occlusion associée
XXIV	23 ans	Amaigri, dénutri, hypoprotidémique	Cancer sigmoïde Hartmann	Barraya plan par plan	Péritonite associée	Distension +++ de l'abdomen

TRAITEMENT :

I - C'est en principe la fermeture d'urgence :

1 - Nécessité :

Devant l'exposition à l'air des anses intestinales, menacées dans leur vitalité, l'attitude habituelle traduit le désir légitime de les réintégrer dans l'abdomen, pour éviter leur fistulisation : "l'indication à la réintervention ne souffre aucune exception et aucun retard" (GERMAIN).

Même si les anses ne sont pas exposées, en cas d'éviscération encore et provisoirement sous-cutanée, l'indication est la même, à cause notamment des risques infectieux (locaux et péritonéaux) encore plus grands sous la peau fermée.

2 - Mode de fermeture :

Il est discuté, pour SEDGWICK et ROUSSELOT : un plan total de forts fils de soie, laissés 14 jours. Pour GERMAIN, mieux vaut faire 2 plans si possible. Pour HEPP et VILAIN, le traitement comprend l'excision et le parage des tissus infectés, le recouvrement par une plaque de peau conservée et la fermeture cutanée sur un drain aspiratif avec antibiotiques locaux.

La technique que nous utilisons dans le service du Pr. OLIVIER est la classique fermeture en un plan total de gros fils de nylon, passés en double et s'appuyant sur des bourdonnets latéraux. Ce procédé est simple et rapide. Le report à distance de l'incision des points d'appui des fils assure une solidité parfaite. Son risque théorique (sur lequel insiste VILAIN) de nécrose ischémique de la paroi, est nul si les fils sont peu serrés, de façon juste suffisante pour rapporcher les berges musculo-aponévrotiques.

Un autre avantage considérable de ce procédé est de permettre de laisser la peau ouverte, non suturée, simplement rapprochée par les fils à distance : un drainage parfait est ainsi réalisé, constituant la meilleure lutte contre l'infection locale. La cicatrisation est toujours obtenue en une quinzaine de jours, date à laquelle les bourdonnets sont retirés.

3 - La fermeture ne résume pas toute l'intervention :

Elle doit comprendre également les temps suivants :

- une exploration de tout l'abdomen : les lésions associées sont extrêmement fréquentes, il en existait chez 5 de nos malades (deux fistules iléales, deux lâchages d'anastomoses, deux occlusions par adhérence du grêle dans la paroi désunie);

- l'avivement des berges musculo-aponévrotiques plus ou moins nécrosées est indispensable ;

- il importe enfin de protéger les anses des fils de paroi qui peuvent les traumatiser (comme ce fut le cas dans notre observation II) ; on prendra soin d'étaler à leur surface le grand épiploon, ou à défaut une fine lame de caoutchouc.

Enfin dernière précaution indispensable : l'incision doit être reprise en entier. D'ailleurs l'éviscération se révèle souvent à la réintervention beaucoup plus étendue qu'on ne le croyait. Mais même si elle n'intéresse qu'une partie de la cicatrice, c'est toute l'incision qu'il faut désunir et refermer solidement dans sa totalité. Faute de cette précaution, on s'expose à l'éviscération secondaire du segment non repris (ainsi que GERMAIN l'a observé 2 fois, sur des segments obliques d'incisions de .BARRAYA).

II - Mais la réintervention peut parfois être évitée :

Son objectif est d'empêcher les complications de l'éviscération : occlusion dans la paroi désunie, infection locale ou péritonéale, fistulisation d'une anse.

Or certaines éviscérations semblent à l'abri de ces accidents, lorsque deux conditions sont remplies :

- une peau ouverte, évitant l'infection enclose, et permettant de surveiller les anses ;

- un contenu (épiploon ou anses grêles) adhérent aux berges de l'incision, immobilisé et par conséquent peu exposé aux accidents occlusifs.

Ainsi la réintervention semble inutile, "malgré l'exposition à l'air des anses intestinales, lorsque celles-ci paraissent suffisamment accolées aux berges de la paroi désunie, et qu'un tissu de granulation semble mettre à l'abri d'une fistulisation intestinale" (EDELMANN).

Le colmatage de l'éviscération au coton, des antiseptiques locaux, un sanglage abdominal serré et des pansements rares, permettent, sous condition d'une attentive surveillance de ces malades (fièvre, état général, transit intestinal), d'obtenir une cicatrisation par seconde intention, laissant finalement une éventration qui pourra être éventuellement traitée plus tard.

Nous avons adopté cette attitude avec succès dans le cas d'une malade de 73 ans (Madame CHA... Germaine), opérée en clinique privée d'une amputation du rectum . Elle fut adressée dans le service du Pr. OLIVIER au 20e jour, pour une phlegmatia alba dolens et une éviscération de toute sa médiane, où apparaissaient quelques anses accolées. L'absence de signes occlusifs ou péritonitiques incita à ne pas réopérer : on se contenta d'un bon sanglage et

d'irrigation de la cicatrice par des solutions d'antibiotiques, associés à la réanimation I.V. ; au bout de 10 jours, le bourgeonnement avait recouvert la plaie, qui se ferma ensuite très rapidement.

L'éviscération n'est donc pas une indication formelle, à une réintervention qu'il est toujours préférable d'éviter.

III - La réanimation de ces malades est primordiale :

Que le malade soit réopéré ou non, il va devoir faire face à des besoins protidiques et énergétiques accrus pour cicatriser sa paroi. L'éviscération survenant en pleine phase de catabolisme post-opératoire, un apport azoté et calorique d'autant plus important est nécessaire.

Seule une alimentation orale, aidée de quelques transfusions de sang, ou de plasma , peut répondre aux besoins et éviter une dénutrition considérable.

Lorsque l'alimentation parentérale est seule possible, l'apport protidique ne peut être assuré que par le sang, le plasma ou l'albumine humaine. Quant aux besoins caloriques, ils sont toujours très insuffisamment couverts par les solutés glucosés, et l'usage de lipides en solutés intra-veineux constitue un progrès utile ; A. MICHEL leur attribue une bonne part du succès dans le traitement non opératoire de 4 éviscérations.

RESULTATS :

Après la réintervention, la récidive de l'éviscération est un risque non négligeable , THOMERET l'a observée 4 fois.

Cependant, dans le service du Pr. OLIVIER, la technique de fermeture que nous avons décrite, n'a jamais été suivie de récidive dans 16 cas d'éviscérations réopérées.

Nos malades ne sont donc pas morts de leur éviscération :

1 - 4 fois néanmoins, la mort fut la conséquence directe de la réintervention :

- 1 péritonite par embrochage d'une anse par un des fils d'acier utilisés pour la réfection pariétale (observation II) ; cette technique fut ensuite abandonnée au profit de celle que nous avons exposée ;

- 2 embolies pulmonaires et un infarctus myocardique post-opératoires.

2 - Dans les 4 autres cas, le décès a été dû plus à une complication associée qu'à l'éviscération elle-même.

- 2 péritonites généralisées par lâchages de sutures digestives ;

- 2 fistules du grêle dues à l'éviscération, accompagnées d'abcès intra-péritonéaux (observations XIII et XIV).

L'éviscération apparait donc comme une complication redoutable, soit parce qu'elle peut imposer une réintervention, sur un terrain affaibli, soit parce qu'elle s'ajoute à d'autres complications post-opératoires.

PROPHYLAXIE :

I - Sur le plan général =

A - Avant l'intervention, c'est surtout la correction du choc chronique :

Elle repose sur les transfusions sanguines. Pour apprécier la quantité de sang nécessaire, le plus simple est de se fier au degré d'amaigrissement du malade. CLARK estime en moyenne à 82 ml la dose de sang

indispensable par kilo perdu, ce qui correspond à un flacon environ pour 5 kilos d'amaigrissement.

Aucun de nos malades éviscérés, souvent notés comme très amaigris, n'avait reçu de sang avant son intervention.

B - Après l'intervention, c'est l'administration d'une ration alimentaire suffisante :

C'est impossible par voie uniquement intra-veineuse, dans les premiers jours post-opératoires. Il faudra cependant s'efforcer de lutter contre l'hypercatabolisme azoté par de bonnes doses de protéines injectables; en ce qui concerne l'apport calorique, les lipides en émulsion intra-veineuse (1200 calories par litre) constituent un appoint très intéressant.

L'alimentation orale sera reprise dès que possible.

L'apport de vitamine C est une bonne précaution.

II - Sur le plan local :

A - L'incision :

En ce qui concerne le choix de l'incision, la plus grande fragilité des médianes n'étant pas admise par tous les auteurs, il ne peut être question de les abandonner. Cependant, chez un sujet obèse ou à paroi peu tonique, nous utiliserions volontiers une incision horizontale, surtout pour l'étage sus-ombilicale et surtout pour une réintervention (précoce ou tardive).

Plus importante encore est la protection de l'incision contre toute source de souillure, par des champs cousus de préférence imperméables. La fermeture impose une nouvelle désinfection du champ opératoire et l'usage de gants et d'instruments propres. Une large aspersion de la plaie (dès le

péritoine refermé) par un ammonium quaternaire est un geste utile, qui nous semble avoir raréfié nos abcès de paroi, le dépôt d'antibiotiques dans l'incision, préconisé par VILAIN, nous parait d'efficacité plus problématique. Enfin, il est certainement plus prudent de faire sortir drains ou colostomie par une contre-incision que par la médiane.

C'est cependant le mode de fermeture lui-même qui est le plus controversé :

1 - La technique habituelle plan par plan est sûrement suffisante pour les cas standards, en réalisant la cicatrisation la plus esthétique.

Deux précautions nous semblent importantes :

- l'emploi de fils fins non résorbables sur le péritoine, aux points simples ou en X ;

- la mise en place sur l'aponévrose de points simples (moins nécrosants que les points en X), de fils fins, modérément serrés et prenant un peu de muscle de façon à rapprocher les bords musculaires.

2 - Cependant les statistiques étoffées (MAC CALLUM, CHAMPEAU) prouvent la plus grande sécurité des parois en 1 plan total ou en 1 plan séro-musculaire.

Quel que soit le mécanisme d'action (meilleur rapprochement musculaire, formation d'une forte bande de sclérose, suppression des espaces morts....), ces procédés nous semblent indiqués chaque fois que l'état général du malade peut prédisposer à une cicatrisation défectueuse : cancéreux dénutris ou très âgés, sujets obèses, tousseurs, bronchitiques ou asthmatiques.

3 - Enfin si les conditions locales de la paroi comportent un risque d'éviscération :

- incision itérative (toutes les réinterventions par conséquent),
- intervention longue, septique, drainage important à proximité...,

la prudence commande de placer quelques fils totaux appuyés sur des bourdonnets latéraux, en laissant la peau ouverte. Cette technique employée notamment pour presque toutes les réinterventions dans le service du Pr. OLIVIER, s'est toujours révélée efficace.

B - La lutte contre la distension abdominale :

L'aspiration, les lavements évacuateurs, les sédatifs de la toux, la gymnastique respiratoire, le lever précoce, tous les soins qui concourent à éviter le ballonnement abdominal et les efforts de distension brutale, ont également leur rôle prophylactique.

En résumé, c'est la multiplicité des causes possibles d'éviscération, qui explique les multiples problèmes que pose leur prévention.

oOo

- III -

OCCLUSIONS

Les occlusions post-opératoires précoces sont généralement considérées comme la cause la plus fréquente de réintervention après chirurgie colo-rectale. En France notamment, les publications de J. CHARRIER et Ph. MASSE ont mis l'accent sur cette complication, qui constituait pour ces auteurs la cause essentielle de mortalité après intervention sur le côlon ou le rectum. De même, les travaux de Ch. CLAVEL, la thèse de Ch. PROYE sont venus plus récemment réaffirmer les dangers occlusifs de cette chirurgie.

Deux statistiques importantes permettent de chiffrer ce risque occlusif:

- ROUSSELOT : 7 % d'occlusions post-opératoires précoces, sur 326 résections coliques ;

- ULFELDER : 8 % d'O.P.O.P. sur 249 amputations abdomino-péritonéales du rectum.

Ces chiffres qui englobent toutes les variétés d'O.PO.P. n'ont qu'une valeur indicative assez imprécise. En effet, l'O.P.OP. est loin d'être toujours facile à affirmer. Beaucoup d'auteurs, notamment GINZBURG étudiant les suites immédiates de 1000 résections coliques ou réctales effectuées

au Beth Israel Hospital et au Mount Sinaï Hospital de New-York, remarquent qu'il est souvent bien difficile de dire où commence l'occlusion post-opératoire, chez un opéré récent un peu ballonné, un peu nauséeux, dont le transit ne se rétablit qu'avec retard, à l'aide de thérapeutiques plus ou moins énergiques. S'agissait-il d'une atonie post-opératoire trop prolongée, ou devait-on parler d'ileus paralytique guéri par le traitement ?

Aussi semble-t-il plus intéressant de ne considérer que les occlusions post-opératoires, qui ont imposé une réintervention, du fait de leur nature mécanique ou mixte.

On constate alors paradoxalement que les chiffres de réinterventions pour O.P.OP. sont encore plus variables d'un auteur à l'autre.

. YOVANNOVITCH : 26 cas, tous réopérés (5,4 % des interventions colo-rectales) ;

. GINZBURG : 4 réinterventions sur 16 O.P.O.P., après 1000 colectomies ;

. DEDDISH : 6,7 % d'O.P.O.P., dont I,7 % sont réopérées, sur 649 imputations du rectum.

D'une façon générale, les auteurs anglo-saxons semblent avoir en face des occlusions post-opératoires précoces, une attitude moins interventionniste que les auteurs de langue française. Ces différences de conception traduisent bien en tous cas la difficulté de poser une indication thérapeutique correcte, devant un opéré en occlusion.

Nous possédons 9 observations d'occlusions post-opératoires réopérées, constituant donc le groupe le plus important de notre série :

1 - 3 furent secondaires à une hémicolectomie droite :

On découvrit une fois une torsion de l'anse afférente d'une gastro-entérostomie ancienne (observation XXIII), une autre fois une erreur de montage avec torsion de la dernière anse iléale (observation XXVI).

Dans le 3e cas (observation XVIII) existait un étranglement interne d'une anse grêle ; mais la persistance, malgré la réintervention, d'un tableau d'occlusion paralytique amena à faire pratiquer une iléostomie 7 jours plus tard.

2 - 2 cas après colectomie gauche :

Il s'agissait une fois d'un étranglement d'anses dans une éviscération pariétale (observation VIII), une autre fois d'une occlusion par agglutination d'anses (observation XII).

3 - 2 cas après amputation abdomino-périnéale du rectum :

Une fois existait une incarcération d'anses dans une brèche de la péritonisation (observation IV) ; dans l'observation XIX), on récpéra avec le diagnostic d'occlusion mécanique, alors qu'une meilleure étude des clichés aurait pu éviter cette réintervention.

4 - Deux cas enfin après dérivation palliative d'amont :

Dans l'observation I, l'iléostomie latérale pour énorme cancer de la valvule de BAUHIN, ne fonctionnait pas, et dut être remplacée par une iléostomie terminale. Le malade de l'observation XIV est aussi un exemple d'occlusion dans une éviscération.

Nous étudierons successivement :

- les diverses variétés d'occlusion post-opératoires précoces et leur tableau clinique;

- les indications à réintervenir et les moyens de diagnostic ;
- enfin les problèmes de traitement et de prévention .

VARIETES ET ETIOLOGIE :

En dehors des exceptionnelles occlusions spasmodiques (dont un beau cas post-opératoire a été relaté par SOUSTELLE et SOURNIA), il nous faut distinguer les iléus paralytiques, les occlusions mécaniques et les formes mixtes.

I - Occlusions paralytiques :

Il est possible de les classer en 2 variétés :

A - L'iléus paralytique généralisé :

Caractérisé par l'atonie de tout l'intestin , il est en principe facile à reconnaitre, avec absence de reprise du transit intestinal, avec nausées, sans douleurs importantes; un peu de fièvre est fréquent; à l'examen, ballonnement diffus et immobile, muet à l'auscultation ; sur les clichés, dilatation gazeuse associée du grêle et du côlon.

1 - La cause de ces iléus est souvent imprécise :

On relève parfois une erreur thérapeutique :

- abus de ganglioplégiques en cours d'intervention (12 cas de MUNSTER et MILTON);
- abus d'opiacés dans les premiers jours qui suivent l'opération ;
- erreurs de réanimation :
  . hypokaliémie entraine un iléus, des troubles musculaires généralisés et des modifications de l'électrocardiogramme, facilement réversibles par l'apport de potassium ;

. alcalose hypochlorémique, dont l'hypokaliémie est un des éléments ;

- enfin les anticoagulants : depuis la première observation de BERMAN et MAINELLA, plusieurs cas ont été rapportés sous coumariniques, qui furent guéris par l'arrêt du traitement ; chez les malades réopérés , on constata que les lésions en cause consistaient en hématomes de la paroi du grêle.

2 - Le traitement de l'iléus paralytique repose sur l'aspiration digestive, les lavements évacuateurs et les stimulants du péristaltisme (Sorbitol, Prostigmine, Hydergine).

La mise en place d'une sonde à ballonnet de mercure est en principe illogique, du fait de la paralysie intestinale. Une stricte rééquilibration par voie veineuse est au contraire capitale, et souvent suffisante à elle seule pour entrainer la reprise du transit.

Ce traitement a fait diminuer considérablement les indications de l'iléostomie, autrefois assez souvent pratiquée, mais avec une lourde mortalité due aux difficultés de réanimation (YOVANNOVITCH). Nous y avons cependant eu recours, avec succès, dans notre observation XVIII, mais il s'agissait d'un cas un peu particulier puisque la malade avait été réopérée, 7 jours avant, d'occlusion mécanique ; elle posa ensuite, d'ailleurs, des problèmes ardus de rééquilibration hydrique et nutritionnelle.

Ce type d'occlusion, lorsqu'il est pur, ne constitue pas en principe une indication à la réintervention.

B - Les iléus régionaux :

Il s'agit de distensions paralytiques d'anses, à n'importe quel niveau, au contact d'un foyer inflammatoire ou infectieux (voir notre obser-

vation VI, à abcès intra-péritonéaux), au voisinage d'un épanchement liquidien (sang, bile), ou même d'une pancréatite post-opératoire.

Une anastomose peut être cause d'iléus en amont, sans qu'elle soit sténosée ni fistulisée; on parle alors de phénomènes oedémateux ou inflammatoires.

Deux formes cliniques particulières à la chirurgie colique ont été individualisées (CLAVEL):

- le syndrome de la fin de l'iléon, après chirurgie du colon droit ou du sigmoïde : au 3e jour, un ballonnement avec silence abdominal, est bientôt suivi de la reprise énergique du péristaltisme vers le 5e jour ;

- l'iléus paralytique jéjunal, après chirurgie de l'angle gauche : c'est une occlusion à ventre plat, avec dilatation gastro-duodénale et vomissements considérables, parfois responsable de troubles humoraux (une belle observation en a été récemment publiée par notre Maître Cl. FRILEUX, devant l'Académie de Chirurgie).

Le traitement de ces iléus segmentaires est celui de leur cause. Beaucoup sont d'ailleurs spontanément régressifs.

Parfois cependant peut se poser le problème d'une intervention de décompression, en cas de distension en amont d'une anastomose : iléostomie ou surtout caecostomie, si le caecum très dilaté semble menacé au-dessus d'une anastomose colique.

II - Occlusions mécaniques :

Leur allure clinique est normalement bien tranchée : après un intervalle libre pendant lequel le transit a repris, sans fièvre, apparaissent des douleurs abdominales rythmées et des vomissements vite abondants avec

arrêt des gaz ; l'examen découvre un météorisme localisé, fréquemment animé de mouvements péristaltiques, parfois une contracture localisée traduisant la souffrance d'une anse ; le signe de BACON (écoulement de liquide séro-sanglant par le drainage) vient parfois extérioriser une ascite débutante.

1 - Les causes d'occlusion mécanique sont multiples :

Comme le souligne Cl. CLAVEL, la chirurgie colo-rectale "ne serait pas ce qu'elle est, si l'embryologie n'avait imposé une rotation à l'anse intestinale primitive, rotation qui fait décrire au côlon un vaste cercle encadrant les circonvolution du jéjuno-iléon" ; le côlon et son méso supportent donc la poussée intestinale ; qu'une brèche soit créée par une intervention, le grêle va pouvoir s'y engager, et cela surtout vers l'hypocondre gauche et le pelvis, où la poussée est la plus forte.

Trois mécanismes principaux d'occlusion peuvent être retenus (il s'agit toujours d'occlusions du grêle) :

a - Incarcération dans un orifice interne, le plus souvent une brèche de la péritonisation ou d'un méso.

Ce phénomène est assez fréquent après amputation rectale, du fait de la forte poussée sur la péritonisation pelvienne, DEDDISH en a eu 2 cas sur 649 interventions ; nous en avons eu un exemple (observation IV).

Notre observation XXVI est un cas plus rare d'incarcération du grêle en arrière d'une anastomose iléo-transverse, et qui fut favorisée par une torsion axiale de l'anse iléale anastomosée (faute de montage).

b - Formation d'une bride précoce :

Dans notre observation XVIII, une anse adhérait par une courte bride à une zone dépéritonisée du flanc gauche, et une autre anse était venue s'étrangler en arrière.

c - Volvulus précoce :

L'observation XXIII est un cas plus fréquent de torsion de l'anse efférente d'une gastro-entérostomie ancienne.

2 - Le traitement des occlusions mécaniques est uniquement chirurgical, la levée de l'obstacle étant impérieuse.

Nous verrons plus loin sur quels arguments fonder l'indication à réintervenir.

III - Occlusions mixtes :

Fréquentes dans les suites des interventions abdominales, elles posent les problèmes les plus difficiles de diagnostic et de traitement.

Elles sont la conséquence de phénomènes inflammatoires intra-péritonéaux, atténués mais non supprimés par les antibiotiques. De fait, ces iléus sont particulièrement fréquents après intervention septique. Mais des adhérences peuvent également se créer entre zones dépéritonisées ou au contact d'une brèche de la paroi éviscérée.

L'adhérence d'anses intestinales entre elles est en effet le dénominateur commun de ces péritonites plastiques. L'iléus qui les accompagne est d'abord paralytique : c'est un ileus inflammatoire péritonitique ; il devient secondairement mécanique, par agglutination des anses au sein de masses fibrineuses, par formation de brides ou par capotages d'anses en amont.

Nous en avons observé 3 cas :

- une occlusion par agglutination d'anses, accolés entre elles et aux parois abdominales (observation XII).

- deux cas d'étranglement d'anses agglutinées dans une éviscération sous-cutanée.

L'allure clinique des occlusions mixtes est variable , car elle participe des multiples facteurs qui les composent :

a - L'aspect est parfois celui d'une occlusion mécanique :

Ce fut le cas dans notre observation n° XII, où s'installa un tableau occlusif 3 semaines après colectomie gauche ; la radio semblait montrer une anse volvulée ; c'est l'intervention qui révèla la présence de liquide intra-péritonéal et de nombreuses adhérences du grêle, notamment dans le pelvis et la fosse iliaque droite, avec une distension modérée en amont.

b - Ailleurs, le tableau est celui d'un iléus paralytique post-opératoire, sans intervalle libre, mais qui surprend un peu par l'existence de fièvre élevée, de douleurs abdominales, avec un empâtement et une distension globale ; c'est la persistance de l'iléus qui fait craindre l'existence d'un facteur mécanique, mais on est parfois amené à réopérer à tort comme dans l'observation XIX, où on ne découvrit pas d'obstacle.

C'est dire que ces occlusions inflammatoires, comme d'ailleurs toutes les occlusions post-opératoires, quel que soit leur aspect, posent un problème commun : sur quels signes va-t-on décider la réintervention ?

LE DIAGNOSTIC DE REINTERVENTION :

Réopérer une occlusion post-opératoire, c'est penser à l'existence d'un obstacle qu'il faut lever.

A - L'occlusion mécanique est parfois presque évidente :

Ce sont les cas, d'ailleurs fréquents, où existe un intervalle libre post-opératoire pendant lequel l'opéré a repris son transit, la survenue secondaire d'un syndrome occlusif a toute chance d'être de nature mécanique, et cela

d'autant plus qu'on s'éloigne de la date de l'intervention ; après le 10e jour, presque toutes les occlusions sont d'origine mécanique.

La date de l'occlusion est donc le premier élément du diagnostic. Un second est fourni par l'étude radiologique, bien précisée par des nombreuses publications, notamment celles de notre Maitre Cl. OLIVIER.

1 - Sur les clichés d'abdomen sans préparation :

L'image caractéristique de l'occlusion mécanique est celle d'une distension gazeuse ou hydro-aérique portant sur le grêle, avec vacuité du côlon:

- les niveaux liquides siègent uniquement sur le grêle, dont la distension diminue progressivement de l'aval (au niveau de l'obstacle), vers l'angle duodéno-jéjunal;

- le grêle distal et le côlon ne sont pas dilatés et sont invisibles.

Rappelons une cause d'erreur : le haut jéjunum dilaté et épaissi peut être pris pour l'angle colique gauche ; le doute est facilement tranché par un lavement baryté (Cl. OLIVIER).

2 - A l'index baryté :

Il faut d'abord répéter l'innocuité de cet examen, à condition de l'éviter si existent des signes de souffrance d'une anse, et sa simplicité d'exécution : il suffit de faire absorber au malade 2 ou 3 cuillérées de baryte et de prendre un cliché toutes les 2 heures.

Il vient confirmer la distension du grêle et montre l'existence de l'obstacle et son siège, par l'arrêt de la progression de la baryte. Ainsi a-t-on pu, dans l'observation IV affirmer l'étranglement d'une anse dans le pelvis.

B - Les formes sans intervalle libre sont de diagnostic plus délicat :

Plus rares, ces occlusions mécaniques précoces (avant le 5e jour) peuvent en imposer pourun simple iléus paralytique post-opératoire. Néanmoins, les douleurs abdominales et surtout l'abondance du liquide ramené par l'aspiration digestive doivent attirer l'attention.

Mais les examens radiologiques deviennent ici encore plus utiles :

1 - Abdomen sans préparation :

Rappelons que chez un opéré récent qui va bien, existe une distension gazeuse du grêle, puis du côlon, surtout nette à la 48e heure, qui s'atténue ensuite progressivement. Il n'y a en principe jamais de niveaux liquides.

L'existence de niveaux affirme donc l'occlusion post-opératoire, mais sans en préciser la nature. C'est là encore, l'absence de dilatation colique, associée à la distension du grêle, qui doit faire écarter le diagnostic d'iléus paralytique.

2 - Index baryté :

Si l'état de l'opéré reste satisfaisant, il n'y a aucune raison de se priver des renseignements de cet examen, qui viendra affirmer l'existence de l'obstacle, comme dans notre observation XXIII où il montra l'occlusion haute du grêle.

C - Les occlusions mixtes posent les problèmes les plus difficiles :

L'indication opératoire est particulièrement délicate, puisqu'elle consiste à reconnaitre à temps l'existence d'un obstacle mécanique surajouté à un iléus inflammatoire. Or, on sait depuis longtemps que les signes cliniques sont infidèles et qu'il est le plus souvent impossible de trancher par un seul examen au lit du malade (CHARRIER).

Certains auteurs ont tranché le problème par la réintervention quasi-systématique de toute occlusion post-opératoire (YOVANNOVITCH).

D'autres à l'inverse tentent de maintenir le plus longtemps possible leurs malades sous traitement non opératoire, en particulier par intubation prolongée du grêle (GINZBURG).

Cependant, comme la plupart des auteurs, nous avons tenté de trouver une attitude plus éclectique :

1 - La surveillance minutieuse des opérés en occlusion permet le plus souvent de fixer l'heure de la réintervention :

Certes les signes cliniques sont trompeurs, mais l'étude radiologique est beaucoup plus fidèle;

a - Sur les clichés sans préparation :

Rappelons qu'un iléus paralytique entraine une distension gazeuse généralisée du grêle et du côlon . Des clichés à intervalle rapprochés permettent de dépister l'apparition d'un facteur mécanique surajouté : sa manifestation essentielle est une augmentation progressive de la dilatation du grêle contrastant avec l'évacuation du côlon.

La valeur de ces images, bien mise en évidence par notre maitre Cl. OLIVIER, a été confirmée récemment par POILLEUX et par EDELMANN ; ce dernier souligne également l'intérêt de l'aspect inverse : devant un iléus avec aéro-iléie, l'apparition secondaire d'aéro-colie aux examens successifs, permet avec certitude d'écarter l'idée de réintervention.

b - A l'index baryté :

C'est dans ces ileus post-opératoires de diagnostic difficile que cette épreuve prend sans doute son principal intérêt. DI MARIA et EPFELBAUM ont recensé, dans le service du Pr OLIVIER 15 cas d'occlusions pos-opératoires

de nature imprécise , 8 fois, le passage normal de la baryte dans le côlon permit d'éviter une réintervention inutile; 7 fois, une image d'arrêt sur le grêle conduisit à réopérer et l'existence d'un obstacle mécanique fut 6 fois confirmée (le 7e malade étant mort brutalement peu avant la réintervention). C'est assez dire la valeur de cet examen, anodin et facile à exécuter , même au lit du malade.

2 - Dans les cas douteux, quand la clinique et les radiographies ne semblent pas imposer la réintervention rapide, en particulier si l'état général précaire n'incite guère à risquer une laparotomie blanche, le traitement sera d'abord non opératoire.

Il comprend deux éléments principaux :

- une aspiration digestive, dont le meilleur procédé reste la sonde lestée, telle que la sonde à ballonnet de mercure de CANTOR ; il importe cependant de la mettre en place tôt, avant le développement d'adhérences et la paralysie intestinale, dès que l'arrêt du transit et la distension font parler d'occlusion ; ainsi correctement placée et surveillée, elle entraine une amélioration à peu près constante (Cl. OLIVIER).

- une rééquilibration hydro-électrolytique précise, guidée par l'état clinique et l'ionogramme urinaire ; la correction des troubles métaboliques post-opératoires est souvent suffisante pour entrainer une nette amélioration clinique, suivie de la reprise du transit (GERMAIN).

Cependant, pour la plupart des auteurs, ce traitement ne doit pas être poursuivi trop longtemps, s'il est inefficace. En effet, au-delà d'une semaine, il devient difficile de conserver un équilibre nutritionnel correct par voie uniquement intra-veineuse. L'échec du traitement non opératoire au bout de 6 à 7 jours doit donc amener à réopérer, à la recherche d'un obstacle, sans se dissimuler d'ailleurs les difficultés d'une telle réintervention (MAC KUNE, PROYE).

TRAITEMENT

Une fois l'intervention décidée, elle doit suivre certaines règles que nous allons tenter de résumer.

A - La réintervention :

Nous n'envisagerons pas la technique des dérivations en amont a minima (iléostomie ou caecostomie), qui, on l'a vu plus haut, conservent leur utilité.

Nous verrons les principes d'une réintervention pour occlusion post-opératoire, dont le but est la levée d'un obstacle. Car c'est bien là l'objectif : supprimer l'obstacle et permettre, par les moyens les plus simples, en urgence, le rétablissement du transit intestinal, permettant à des sujets fatigués de franchir un cap difficile.

1 - La voie d'abord :

Elle doit être large, car il faut voir tout l'abdomen : nous avons déjà souligné la fréquence des lésions multiples. On reprendra toute l'incision, au besoin agrandie.

2 - L'obstacle :

Il siège à la jonction du grêle plat et du grêle dilaté.

Il est souvent évident et facile à lever : étranglement interne à réduire, section de bride, détorsion de volvulus.

Il est parfois beaucoup moins net : la distension iléale se perd dans un paquet d'anses agglutinées entre elles ou collées aux parois de l'abdomen. Il nous semble bien inutile et dangereux de se lancer alors dans une libération longue et difficile qui peut entrainer beaucoup plus loin qu'on le désire, qui laisse des anses dépéritonisées, aux parois amincies, parfois perforées, obligeant à une résection.

Seuls sont à lever les obstacles qui menacent la vitalité de l'intestin. Ce n'est généralement pas le cas des agglutinations d'anses, qui doivent être respectées. Le transit peut facilement être rétabli, sans danger, par une dérivation interne : simple anastomose latéro-latérale entre le dilaté et le plat.

Tout au plus, libèrera-t-on les anses accolées aux parois abdominales, pour pouvoir les ranger ensuite en bonne place.

Grâce à cette attitude prudente, nous avons toujours pu éviter d'avoir à pratiquer une résection intestinale, qui allonge l'intervention et expose aux complications de l'anastomose.

3 - La vidange du grêle :

L'évacuation du liquide qui distend le grêle, est indispensable pour la vitalité intestinale et la bonne reprise du transit.

Si une anastomose doit être pratiquée, il est facile auparavant de vider les anses par l'entérotomie.

Sinon se pose le problème d'une entérotomie de vidange. La simple ponction du grêle au trocart est insuffisante et, simplement enfouie par une bourse, elle expose à la fuite post-opératcire. Plus sûre est l'entérotomie transversale, suturée en un plan ; mais certains auteurs (GUENIN) et nous-même ont eu des lâchages de ces sutures, faites sur un grêle aux parois amincies et inflammatoires.

Il est donc de beaucoup préférable de tenter chaque fois que possible de se passer d'entérotomie, et de se contenter d'expression manuelle du contenu intestinal, refoulé vers le côlon et vers l'estomac, où il est évacué par une sonde d'aspiration.

Dans le cas où l'expression manuelle étant insuffisante, une entérotomie semble indispensable, la prudence conseille de la refermer sur une sonde (tube de WANGENSTEEN ou mieux sonde à ballonnet gonflable), mise à la peau en iléostomie temporaire, et par laquelle une aspiration digestive pourra être poursuivie.

4 - Reposition des anses en place :

C'est surtout en présence d'anses multiples dépéritonisées que peut se poser le problème d'un geste complémentaire pour favoriser les accolements en bonne position. Quelques-uns (LATASTE) restent fidèles à l'opération de NOBLE. Cependant du fait de sa simplicité et de sa rapidité, la plicature mésentérique de CHILD-PHILIPS a la faveur de la plupart (CALVET, POILLEUX).

Nous n'y avons jamais eu recours. Il nous semble en effet que les anses rangées en bonne place, s'accolent sans se déplacer, si elles sont maintenues par le grand épiploon étalé à leur surface. Si le tablier épiploïque fait défaut, on le remplacera par une fine lame de latex (telle qu'un gant de caoutchouc ouvert), moulée sur les anses et ressortant par un des pôles de l'incision ; elle est laissée en place une semaine environ. Ce procédé, non seulement maintient les anses, mais aussi les protège contre les fils totaux de la paroi et met à l'abri des éviscérations précoces.

5 - Fermeture :

Après une bonne toilette du péritoine, qu'il est souvent plus prudent de drainer, la paroi est refermée en un plan de nylon, les fils prenant appui sur des bourdonnets latéraux. La peau est laissée ouverte.

B - Les soins post-opératoires :

Des antibiotiques à fortes doses sont indispensables. Leur choix pourra être guidé par l'antibiogramme du liquide intra-péritonéal.

La réanimation de ces malades est difficile. Comme le souligne ANGLEM, on a toujours tendance à sous-estimer la perte de liquide d'un malade en occlusion. Une simple occlusion mécanique, même sans vomissements, est responsable d'une perte de liquide quotidienne de 1000 à 1500 cc (BERRY une grosse dilatation intestinale avec vomissements fait monter les pertes du seul fait de l'occlusion à plusieurs litres par jour : ce n'est qu'au delà de 4 à 6 litres qu'apparaissent tachycardie et hypotension, secondaires à la deshydratation extra-cellulaire.

Ces chiffres de liquides sont donc à ajouter aux quantités données par routine aux opérés. Les pertes d'électrolytes peuvent également être massives, dans les occlusions hautes avec vomissements abondants, notamment pour le chlore et surtout le potassium : rappelons que le liquide gastrique contient plus de 9 mEq de potassium par litre (RANDALL).

Ce problème de la compensation des pertes digestives est d'autant plus délicat, qu'elles surviennent chez des opérés récents, déjà en équilibre imparfait. D'autre part, l'abondance de la déperdition de certaines occlusions hautes, très difficiles à compenser, explique les complications oligo-anuriques qui peuvent survenir, comme dans notre observatibn XXIII.

RESULTATS :

La mortalité des occlusions post-opératoires en général est reflétée par quelques chiffres :

. MILLER et WINFIELD : 22 %

. BECKER : I7,5 %.

YOVANNOVITCH, sur 105 cas, a eu 25 % de décès précoces, le plus souvent après occlusion par agglutination d'anses. Parmi les survivants, il a eu 25 % de complications post-opératoires, dont 22 cas de persistances de syndrome occlusif, il s'agissait le plus souvent d'iléus paralytique, mais il dut 6 fois réopérer pour récidive d'obstacle mécanique. Les échecs de la Ière réintervention sont donc loin d'être exceptionnels.

Nos 9 cas traduisent bien encore la gravité plus grande des complications de la chirurgie colo-rectale, puisque nous avons 4 décès :

1 - Dans 3 cas, la réintervention amena une guérison sans trop de problèmes :

Il s'agissait deux fois d'occlusion mixte, dont l'une dans une éviscération sous-cutanée ; la réintervention, qui comporta quelques libérationslimitées et une reposition des anses selon la technique que nous avons indiquée, entraina une guérison rapide (Observations XII et XIV).

Dans l'observation XXVI, l'intervention découvrit une torsion axiale de l'anse iléale anastomosée en iléo-transversostomie et un étranglement interne du grêle en arrière dans la brèche ; l'aspect suspect de l'anastomose invita à pratiquer une section du grêle en amont en iléostomie terminale (comme pour les lâchages iléo-transverses) ; guérison après passage dans le service du Dr TREMOLIERES pour équilibration diététique.

2 - Le malade de l'observation XXIII, guéri de son occlusion mécanique haute, fit un accident anurique et dut être réopéré encore deux fois, pour suspicion d'abcès sous-phrénique et pour nécrose de sigmoïde ; guérison.

3 - Nous avons eu une récidive du syndrome occlusif :

Après une cure d'occlusion mécanique (étranglement interne sur bride), suites difficiles : douleurs, épisode diarrhéique, puis ballonnement

et arrêt du transit, avec aspect radiologique d'iléus paralytique ; l'état général précaire fit poser l'indication d'une iléostomie a minima ; guérison.

4 - Nos 4 décès ne sont pas dus à la persistance ou à la récidive de l'occlusion :

L'un est particulièrement regrettable, car la réintervention aurait pu être évitée par une meilleure lecture des clichés : il s'agissait d'une occlusion paralytique, comme le prouvait la présence d'une nette aéro-colie ; décès au 12e jour par embolie pulmonaire (observation XIX).

Les 3 autres décès sont dus l'un à la défaillance de l'état général chez un sujet très âgé porteur d'une iléostomie (observation I), l'un à un collapsus brutal après cure d'occlusion mécanique (observation IV), le 3e à un lâchage d'anastomose colo-colique méconnu lors de la réintervention (observation VIII).

PROPHYLAXIE :

La gravité des occlusions post-opératoires invite à réfléchir aux moyens de les éviter.

A - En ce qui concerne la technique chirurgicale :

Deux problèmes méritent l'attention :

1 - La prévention des adhérences :

Quelques précautions peuvent minimiser les brides et les accolements :

- Ne jamais placer de poudres inertes dans la cavité péritonéale : pas d'antibiotiques en poudres, se rincer les mains dans un liquide stérile pour débarrasser les gants du talc qui les recouvre ;

- nettoyage soigneux de la cavité abdominale, en aspirant les caillots déposés notamment dans le DOUGLAS et les loges sous-phréniques ;

- Remise des anses intestinales en bonne place, en les recouvrant bien par le tablier épiploïque;

- enfin le dépôt de corticoïdes solubles dans l'abdomen pourrait peut-être limiter les adhérences inflammatoires.

2 - La péritonisation :

Assez simple après hémicolectomie droite, la péritonisation est plus difficile après hémicolectomie gauche, où persiste souvent une zone dépéritonisée dans l'ancienne gouttière pariéto-colique, en haut et à gauche.

Après amputation rectale, il ne faut pas oublier que la péritonisation risque de transformer une large brèche inoffensive en un petit orifice dangereux . C'est donc avec le plus grand soin qu'on reconstituera un diaphragme pelvien, au fil non résorbable, après l'exérèse de la pièce, en soutenant au besoin le péritoine par un MICKULICZ périnéal.

B - Les soins post-opératoires :

L'aspiration digestive reste utile pendant les premiers jours, pour éviter la stase en amont d'une anastomose, et cela d'autant plus que sont plus rarement employées aujourd'hui les colostomies temporaires de décharge.

DEDDISH recommande même la gastrostomie temporaire d'aspiration, chez les sujets âgés, et les insuffisants respiratoires ou nutritionnels; elle lui semble mieux acceptée par ces malades que la sonde nasale.

La rééquilibration hydrique et électrolytique (notamment pour le potassium) est indispensable au bon rétablissement du transit.

A partir du 3e jour, de petits stimulants du péristaltisme intestinal (prostigmine et hydergine par voie intra-musculaire, sorbitol et huile par la bouche), ainsi qu'un petit lavement, favoriseront l'émission des premiers gaz.

oOo

OBS. XVIII : dilatation élective de deux anses grêles dans le pelvis = occlusion organique du grêle.

OBS. IV : Index baryté : la baryte injecte des anses grêles très dilatées et s'arrête dans le petit bassin, pas de distension colique = Occlusion organique du grêle.

OBS. VII : Index baryté : division de la baryte, dont une partie stagne dans l'estomac, tandis qu'une autre partie est passée dans le côlon (angle droit) = Ileus fonctionnel.

OBS. XIX : Dilatation portant sur le grêle, mais aussi sur le côlon (visible surtout sur le cliché de profil) = occlusion paralytique (réintervention abusive).

- IV -

PERITONITES GENERALISEES

Les péritonites généralisées s'observent dans les suites d'une intervention colique ou rectale avec une fréquence moyenne de 2,5 % (ROUSSELOT). Ce chiffre est sensiblement inférieur à celui des autres interventions abdominales, pour qui les péritonites sont au premier rang des complications opératoires. En effet, les lâchages d'anastomoses colo-coliques ou colo-rectales n'entrainent pas toujours des péritonites, mais au moins une fois sur deux une fistule externe de bien moindre gravité.

Nous possédons cependant 5 observations de péritonites généralisées après chirurgie colo-rectale :

1 - 4 firent l'objet de réinterventions :

Il s'agissait une fois de la désunion d'une simple colotomie par ablation de polype du sigmoïde (observation VI), une fois du lâchage d'une anastomose transverso-rectale après hémicolectomie gauche (observation XV), une fois d'une perforation nécrotique sur le colon abaissé après opération de Babcock, avec cellulite sous-péritonéale (observation XVI); enfin dans le dernier cas (observation XXIV), la péritonite était due au lâchage d'une entérotomie de vidange et à la rétraction d'une colostomie terminale.

ETIOLOGIE :

Dans le cadre de la chirurgie colo-rectale, on peut classer les causes des péritonites en 3 groupes, dont le plus important est celui des lâchages de suture.

I - Fautes techniques lors de l'intervention initiale :

Il peut s'agir , par exemple, de plaie d'une anse grêle, d'embrochage d'une anse par un fil pariétal, de ligature malencontreuse d'un vaisseau mésentérique ou mésocolique indispensable, d'anastomose imparfaitement étanche.

On peut en rapprocher les contaminations péritonéales septiques per-opératoires, notamment à staphylocoques, dont quelques cas ont été rapportés par WORMS.

Toutes ces péritonites se manifestent précocément, avant le 3e jour post-opératoire. Nous n'en avons pas d'observations.

II - Les lâchages d'anastomoses :

C'est la cause la plus habituelle des péritonites post-opératoires. Sur 22 cas de RAZEMON, 15 étaient dus à des lâchages. Nous avons 4 lâchages sur nos 5 observations.

A - Diverses variétés et causes des lâchages :

Nos observations illustrent les 3 variétés possibles de lâchages, rencontrées après intervention sur le grêle ou le rectum :

1 - Nous avons eu 1 cas de lâchage de colotomie par ablation de polype :

Il s'agissait d'une sigmoïdotomie longitudinale, bien banale en apparence, refermée en un plan au lin, sans drainage.

De tels faits montrent que, à l'inverse de ce qu'on pourrait attendre, ces interventions pour polypectomies sont loin d'être mineures et exemptes de complications.

L'étude de KLEINFELD et GUMP est à ce sujet fort instructive. Ces auteurs ont repris 311 observations de polypectomies faites par eux-mêmes, par colotomies généralement longitudinales et fermées en deux plans bord à bord. Ils ont recensé 20 % de complications post-opératoires diverses, dont les 2/3 étaient directement la conséquence de la colotomie ; il y eut en particulier 12 lâchages, soit 4 % des cas.

Emus par ces constatations, les auteurs ont cherché les facteurs prédisposant à ces complications. Ils ne notent aucune influence du mode de préparation du malade, de l'administration éventuelle d'antibiotiques post-opératoires, du type de la colotomie ou de son mode de fermeture.

Par contre, existe une différence significative selon que fut pratiquée ou non une endoscopie per-opératoire pour le repérage du polype : les cas avec endoscopie comportent 3 fois plus de complications (notamment fistules et accidents infectieux).

Notons que ce fut le cas de notre malade : le polype avait été facilement repéré et enlevé, mais on pratiqua ensuite, par la colotomie, une endoscopie en amont et en aval à la recherche d'autres tumeurs éventuelles.

Il est intéressant de tenter d'expliquer le rôle néfaste de ce mode d'exploration per-opératoire. Il est vraisemblable que le traumatisme

des bords coliques par l'instrument peut intervenir. Mais surtout, ces manoeuvres sont plus ou moins septiques :

- on emploie généralement un rectoscope stérilisé par conservation dans le tri-oxy-méthylène, et dont l'asepsie reste souvent problématique ;

- une fois le rectoscope mis en place, le fait pour le chirurgien de placer son oeil à l'oculaire peut favoriser les fautes d'asepsie ;

- enfin et surtout, l'exploration colique en amont et en aval ramène forcément des germes (quelle qu'ait été la préparation pré-opératoire du malade), qui souillent le rectoscope et sont déposés sur les bords de la colotomie.

Tous ces mécanismes s'additionnent sans doute pour expliquer la plus grande fréquence des complications infectieuses et des lâchages après exploration endoscopique.

2 - On peut rapprocher des lâchages de colotomies, les désunions d'entérotomies de vidange :

Celles-ci sont souvent jugées nécessaires lors de l'exérèse d'une tumeur colique avec grosse dilatation du grêle.

Dans notre observation XXIV, où fut pratiquée une opération de Hartmann, chez un malade en occlusion chronique par cancer recto-sigmoïdien, la dilatation intestinale était telle qu'elle semblait rendre impossible la fermeture de la paroi, et l'on dut se résoudre à vidanger le grêle par une petite entérotomie, refermée en un plan, et qui se désunit.

D'autres opérateurs ont eu à regretter ce petit geste complémentaire. GUENIN en particulier signale deux péritonites par lâchages d'entérotomies de vidange et conseille de se méfier des sutures faites sur le grêle chez un malade

en occlusion ou en péritonite. Nous avons évoqué ce problème à propos des occlusions.

Chez notre malade, à côté de conditions locales peu favorables puisque le grêle était très distendu, un état général médiocre prédisposait de plus au lâchage. Cette observation met bien en valeur le double rôle du terrain et des facteurs locaux, dans les défauts de cicatrisation.

3 - Les lâchages d'anastomoses colo-coliques ou colo-rectales :

Nous en avons observé deux cas :

- un lâchage d'anastomose transverso-rectale, après hémicolectomie gauche pour cancer ;

- un lâchage d'anastomose colique après sigmoïdectomie pour diverticulite suppurée.

En cherchant, comme d'autres auteurs, à élucider les causes de ces désunions anastomotiques, on constate généralement l'addition de facteurs généraux et locaux :

A - Facteurs généraux :

S'ils ne semblent que rarement déterminants, leur rôle adjuvant parait peu contestable. Beaucoup d'auteurs (POILLEUX, THOMERET notamment) signalent dans leurs communications devant l'Académie de Chirurgie, la plus grande fréquence des lâchages chez les cancéreux, les dénutris, en état de choc chronique.

Certains opérés semblent ne pas cicatriser. Rappelons que deux de nos sujets firent une éviscération en même temps que leur lâchage (observations VIII et XXIV).

B - Facteurs locaux :

Tous les éléments techniques de la confection d'une anastomose peuvent avoir leur importance, bien qu'aucune statistique n'ait jusqu'à présent mis en évidence de différence significative selon le mode de suture, le fil utilisé, l'espacement des points, le degré de serrage des noeuds, etc..... Chaque opérateur s'en tient à son expérience personnelle, purement empirique et artisanale.

Le rôle néfaste d'un drain au contact d'une anastomose est habituellement admis. Il semble bien également que les anastomoses intra-péritonéales complètement mobiles, soient moins exposées que les anastomoses accolées ou sous-péritonéales.

Deux facteurs sont à analyser plus en détail :

1 - D'abord l'infection des extrémités à anastomoser :

Certes la préparation colique par antiseptiques intestinaux réalise une réduction sensible de la flore ; cette impression favorable, qui est celle de tout chirurgien, est confirmée par les statistiques de PHILIPS, DEARING et VAUGH montrant la moindre fréquence des complications anastomotiques.

Tout aussi établie, du reste, est l'inefficacité des antibiotiques dits de couverture post-opératoire. Ils semblent en particulier incapables d'empêcher le développement éventuel au niveau d'une anastomose, de petits abcès, dont la rupture sera cause de fuite et de lâchage, et cela d'autant plus que les bouts coliques sont plus mal vascularisés.

2 - Ensuite la vascularisation des extrémités coliques :

Tout semble avoir été écrit sur ce sujet, et il nous parait inutile de reprendre les diverses études de la vascularisation colo-rectale.

Nous voudrions simplement noter un petit paradoxe de la chirurgie du cancer colique. Le principe actuel, pour le colon gauche, est de réaliser une exérèse lymphatique large en liant les vaisseaux à leur origine ; cela conduit à faire porter les sections coliques (notamment sur le transverse) sur les zones de moindre vascularisation, en se fiant à la circulation de suppléance. Or ces interventions ont lieu chez des sujets âgés, souvent athéromateux, dont la circulation de suppléance risque le plus d'être imparfaite. Deux éléments défavorables viennent parfois s'ajouter encore : les insuffisances de compensation sanguine pré et per-opératoires, et les possibles variations anatomiques des troncs nourriciers.

Il y a là une certaine contradiction dans les termes du problème qui peut sans doute expliquer quelques déboires.

B - Mécanismes des péritonites pour lâchage de suture :

Le plus souvent, la désunion plus ou moins large d'une anastomose entraine directement l'ensemencement de la grande cavité péritonéale. Il s'agit alors en règle d'un accident d'allure brutale, dont la symptomatologie se rapproche de celle des perforations digestives (observation VI)

Dans d'autres cas au contraire, comme le souligne GINZBURG, le lâchage se fait en zone plus ou moins accolée et n'entraine d'abord qu'un abcès péri-anastomotique ; la déhiscence de l'anastomose peut ainsi rester plusieurs jours inapparente, surtout sous antibiotiques. Ce n'est que secondairement que la rupture de l'abcès entraine la péritonite diffuse.

Ce mécanisme a son importance, car le lâchage peut ne pas être remarqué lors de la réintervention. C'est sans doute pour cette raison que la désunion débutante fut méconnue au cours de la réintervention pour éviscération de la malade de notre observation VIII ; à l'autopsie quelques jours plus tard, on découvrit du pus dans le ventre, et le lâchage camouflé par le grêle agglutiné au contact de l'anastomose.

III - Autres causes de péritonites post-opératoires :

Nous ne ferons que mentionner la possibilité de perforation intercurrente d'ulcère gastro-duodénal ou de recto-colite.

Par contre deux causes un peu spéciales à la chirurgie colo-rectales sont à mentionner parmi nos observations :

1 - D'abord la rétraction intra-péritonéale d'une colostomie terminale

Ce mécanisme s'ajoutait dans notre observation XXIV, au lâchage de l'entérotomie. La rétraction peut se faire très rapidement, en l'espace d'une nuit chez notre malade et se révéler le lendemain matin par une péritonite stercorale.

Là encore, les auteurs américains (DEDDISH notamment) insistent sur les phénomènes vasculaires, l'athérome pouvant être cause de nécrose de l'extrémité colique, aussi bien d'ailleurs que sa striction dans la paroi.

2 - L'observation XVI est un exemple de péritonite stercorale accompagnant une cellulite sous-péritonéale, due à une perforation d'origine nécrotique du côlon gauche abaissé pour réaliser une opération de BABCOCK.

DIAGNOSTIC :

Tous les auteurs s'accordent pour dire que les péritonites "sont une des complications post-opératoires les plus difficiles à reconnaitre" (ROUSSELOT).

I - La forme dite "sthénique" est la plus aisée à diagnostiquer :

La date de survenue est variable, en moyenne le 7e jour post-opératoire, mais des cas ont été signalés jusqu'au 18e jour.

Les signes sont franchement évocateurs de perforation digestive, dominés par la douleur abdominale brutale, l'élévation thermique rapide, et la réaction pariétale; il ne s'agit pas toujours d'une contracture vraie, mais d'une défense douloureuse d'importance anormale chez un opéré récent, une vive douleur au T.R. peut venir confirmer l'épanchement intra-péritonéal.

Un tableau clinique aussi franc fut réalisé dans le cas de notre observation VI ; l'opéré avait repris son transit intestinal, lorsque le 5e jour , au cours de l'émission d'une selle, il ressentit une violente douleur abdominale, accompagnée par un ballonnement douloureux et tendu de toute la paroi.

Dans de tels cas, la brusquerie de l'aggravation de la scène clinique impose la réintervention d'urgence.

II - Diagnostic plus difficile devant certains tableaux abdominaux d'allure plus ou moins bâtarde ;

Soit que la fuite intestinale reste peu abondante ou se produise en deux temps, soit que les symptômes en aient été masqués par les antibiotiques ou des antalgiques trop généreusement administrés, tout peut se résumer à une altération progressive de l'état abdominal. On note généralement un retard du rétablissement du transit intestinal, tandis que persiste un ballonnement douloureux de façon diffuse. Des troubles de l'état général, sont habituels : fièvre, constante , mais peu élevée, asthénie croissante avec altération du faciès qui se creuse et prend une teinte grisâtre.

Devant ce tableau d'un opéré de l'abdomen qui ne va pas parfaitement bien, il faut penser à la possibilité de péritonite diffusante. Deux éléments peuvent contribuer au diagnostic:

1 - L'écoulement de liquide intestinal ou purulent par l'orifice de drainage :

Cette éventualité est moins fréquente après chirurgie colo-rectale

qu'après les interventions sur l'étage sus-mésocolique où l'on place plus volontiers un drainage intra-péritonéal au voisinage d'une anastomose. Néanmoins, dans notre observation XXIV où il s'agissait d'une intervention de Hartmann, un drain intra-péritonéal fut mis en place, et produisit quelques jours plus tard un abondant écoulement purulent ; une plus grande attention accordée à ce signe aurait peut-être permis de faire le diagnostic de péritonite 24 ou 48 heures plus tôt.

2 - Les signes radiologiques :

La radio d'abdomen sans préparation est souvent demandée chez ces opérés, notamment quand les signes occlusifs semblent prédominer. Les clichés montrent habituellement une distension globale du grêle et du côlon, permettant d'éliminer une occlusion mécanique franche. Dans certains cas rares, la radiographie en position debout révèle des signes directs de péritonite sous forme d'une opacité d'allure liquidienne entre les anses distendues, avec épaississement de la ligne de LAURELL ; parfois existe un pneumopéritoine trop volumineux pour être dû à l'intervention initiale.

Il n'en reste pas moins vrai que ces formes sont difficiles à reconnaître. Chez trois de nos malades, le diagnostic ne fut pas fait, et l'on réopéra soit à cause d'une autre complication associé, soit pour vérifier l'abdomen devant des troubles d'allure mineure, mais persistants. C'est la réintervention qui découvrit la péritonite.

III - Enfin certains cas n'entraînent guère que des troubles de l'état général :

CHAMPEAU a signalé par exemple l'importance qu'il fallait accorder à l'apparition d'une agitation inopinée chez un opéré : c'est parfois la manifestation dominante d'une fuite massive intra-péritonéale, d'origine biliaire ou intestinale. Il importe d'y songer, avant de parler de delirium tremens, de désordres centraux ou de déséquilibre hydrique.

De même , POILLEUX relate plusieurs cas révélés avant tout par un collapsus, chez un opéré un peu préoccupant. Il faut là encore penser à la péritonite, après avoir éliminé, par un électrocardiogramme, un infarctus du myocarde ou une embolie pulmonaire.

Il est de fait que , chez certains opérés, rien ou presque rien n'attire l'attention sur l'abdomen. Le malade de notre observation IX fit essentiellement un collapsus ; comme son abdomen était un peu tendu et météorisé, on le réopéra avec le diagnostic probable d'hémorragie intra- ou rétro-péritonéale ; il avait repris son transit et n'avait eu, avant cet accident, qu'une crise de hoquet persistant avec nausées et un épisode diarrhéique. Ces troubles, certes mineurs, sont anormaux chez un opéré récent et doivent faire redouter une complication intra-péritonéale.

TRAITEMENT :

Dans 4 de nos 5 cas, existait un épanchement purulent et stercoral dans la cavité abdominale. L'origine en fut toujours facilement trouvée : le plus souvent la désunion d'une anastomose digestive. Une fois par contre l'abdomen ne contenait pas de liquide et le lâchage ne fut découvert qu'à l'autopsie.

A ventre ouvert, l'attitude thérapeutique n'est pas simple. La simple suture de l'anastomose est surement vouée à l'échec . La seule possibilité serait une recoupe avec réanastomose ; mais celle-ci semble rarement possible avec une sécurité suffisante : les conditions locales de vascularisation et de septicité sont manifestement encore plus défavorables que lors de la première intervention.

C'est pourquoi, dans ces lâchages d'anastomoses, nous conseillons une attitude chirurgicale simple et rapide, comprenant les temps suivants :

1 - Drainage très large au voisinage de l'anastomose désunie, avec par exemple :

. une large lame ondulée sortant par contre-incision, entourant un gros drain,

. ou même un Mickulicz pour drainer le pelvis (en cas de lachage d'anastomose colo-rectale) ;

2 - dérivation totale des matières en amont, à l'aide :

. soit d'une iléostomie terminale (par section du grêle en zone saine), au-dessus d'une désunion d'iléo-transversostomie ;

. soit d'une colostomie sur baguette (transverse gauche le plus souvent).

3 - Nettoyage soigneux du péritoine, avec plusieurs rinçages au sérum tiède, sans oublier de vider le Douglas et les loges sous-phréniques.

4 - Fermeture comme à l'accoutumée, en un plan, sur bourdonnets, peau laissée ouverte.

Voilà le programme qui était prévu chez nos 4 malades chez qui le diagnostic fut fait pré-mortem : il ne fut réalisé que 3 fois, l'un d'entre eux étant mort sur la table au cours de la réintervention.

Bien entendu une antibiothérapie intensive, par voie veineuse, est indispensable, ainsi que l'administration de plusieurs flacons de sang.

RESULTATS :

A lire les statistiques publiées à l'Académie de Chirurgie, on constate que les péritonites sont la complication post-opératoire la plus meurtrière, puisqu'elles entrainent environ 2 décès sur 3 malades (GERMAIN,

PERROTIN, etc.....) Encore s'agit-il de chiffres globaux, incluant notamment les syndromes du 5e jour après appendicectomie, dont la gravité est moindre et la guérison fréquente. C'est dire le pronostic redoutable , pour tous les auteurs, des péritonites après chirurgie colo-rectale : GINZBURG : 5 cas tous mortels, DEDDISH : 3 cas mortels. Nous avons également 5 décès : aucun de nos malades n'a survécu :

1 - Deux n'ont pas été traités :

. un décès sur table lors de la réintervention ;

. une péritonite découverte à l'autopsie.

2 - Trois ont été réopérés :

. l'un est décédé dans la nuit qui a suivi la réintervention;

. un autre est mort 7 jours plus tard dans un service de réanimation où il avait été transporté pour anurie ;

. un seul (observation VI) sembla temporairement amélioré par le traitement : sa fièvre tomba, son transit reprit le 3e jour ; mais au 6e jour, la réapparition de signes péritonéo-occlusifs obligea à réintervenir à nouveau, pour évacuer deux abcès intra-péritonéaux; décès le soir même. Là aussi, la réintervention avait été manifestement inefficace.

La gravité du pronostic de ces péritonites invite à rechercher les moyens de les éviter.

PROPHYLAXIE :

Les antibiotiques post-opératoires semblant incapables d'empêcher la survenue des complications septiques, la prévention des péritonites se résume à des problèmes de technique et de tactique opératoire, dont nous rappellerons quelques points particuliers :

1 - Notre observation XVI incite à se méfier des abaissements coliques pour BABCOCK, à vascularisation un peu limite (la mésentérique inférieure avait été liée à son origine)

2 - La possibilité de rétraction d'une colostomie terminale doit faire prendre le plus grand soin à sa confection. Le plus important est de s'assurer d'une longueur du côlon bien vascularisé, suffisante pour pouvoir l'extérioriser de deux centimètres sans tension.

L'écraseur fermant l'extrémité colique a l'avantage de bien la maintenir ; mais il est aussi simple, et plus agréable pour le malade, de laisser l'anus ouvert dans une poche collée, en fixant la séreuse à la peau par quelques points.

3 - En ce qui concerne les colotomies pour polypectomies, nous reprendrons les conclusions de KLEINFELD et GUMP. Considérant que le risque de dégénérescence d'un polype est de 1 %, ils pensent que beaucoup devraient être respectés. Si on en décide l'ablation , le repérage se fera au palper, sans endoscopie ; le risque d'en oublier est moins important que le risque de complications.

4 - Les dangers auxquels exposent les entérotomies de vidange doivent les faire éviter le plus possible : l'évacuation du grêle se fera par expression manuelle, en refoulant son contenu progressivement, à la fois vers le bas dans le côlon, et vers le haut où il est recueilli par une sonde d'aspiration.

Ce n'est qu'en cas d'échec, devant une dilatation énorme, qu'on se résoudra à l'entérotomie; mais la prudence conseille de ne pas suturer cette paroi iléale distendue : mieux vaut la refermer sur sonde d'iléostomie, qui aura en plus l'avantage de permettre une aspiration directe pendant quelques jours.

5 - Nous ne reprendrons pas les multiples problèmes posés par la confection d'une anastomose, bien que tous aient leur importance.

Rappelons seulement qu'il convient de se méfier de la vascularisation des sujets athéromateux, surtout pour le côlon gauche. Une bonne étude des territoires vasculaires s'impose lors de l'intervention avant de décider du siège de l'anastomose (sans doute une artériographie sélective serait-elle souvent utile à ce point de vue). Enfin dans tous les cas, une exacte compensation sanguine est nécessaire à la bonne irrigation de l'anastomose.

Signalons enfin, ainsi que l'on fait d'autres auteurs (ROUSSELOT par exemple), l'utilité de placer un drainage souple (lame de caoutchouc ou drain de PENROSE), par voie sous-péritonéale, mis à proximité de l'anastomose, mais non à son contact, il ne peut en favoriser le lâchage; par contre, si celui-ci survient, le drainage aura alors les meilleures chances de le dériver au dehors, évitant la péritonite, et n'entrainant qu'une fistule externe de bien moindre gravité.

oOo

- V -

ABCES INTRA-ABDOMINAUX

Les collections suppurées abdominales ne sont pas exceptionnelles après chirurgie colo-rectale, puisque nous en avons 9 cas. Nous les rangerons en deux catégories :

- les abcès intra-péritonéaux, qui n'ont rien de particulier à cette chirurgie, et qu'on peut rencontrer après n'importe qu'elle intervention abdominale ;

- les abcès propres à la chirurgie colo-rectale :
. abcès péri-anastomotiques,
. abcès des zones de dissection,
. auxquels nous rattacherons les cellulites sous-péritonéales.

ABCES INTRA-PERITONEAUX :

La chirurgie colique et rectale produit bon nombre de ces abcès, puisque dans la statistique de REDFERN, sur 100 cas de sièges variés, 27 étaient dus à ce type d'interventions, qui occupe en fréquence la 2e place après les opérations sur l'estomac.

Nous en avons rencontré 7 variétés, chez 6 malades. Trois de ces sujets ont été réopérés; l'un d'entre eux était ce malade qui fit une péritonite par lâchage de colotomie : il fut réopéré une 2e fois pour

évacuer deux abcès collectés, l'un méso-coeliaque, l'autre latéro-ombilical gauche (observation VI); chez un autre sujet, un volumineux abcès iléo-pelvien accompagnait une double fistule du grêle (observation XIV). Quant au 3e malade après une hémicolectomie droite pour une mucocèle appendiculaire, il fut réopéré pour suspicion d'abcès sous-phrénique : il n'existait en fait qu'un petit abcès latéro-pariétal droit, mais I5 jours plus tard, une 2 · réintervention découvrait réellement un abcès sous-phrénique droit (observation XVII).

A - Diverses localisations :

En rapport avec les courants de circulation dans la cavité péritonéale, les abcès post-opératoires peuvent se répartir en 3 variétés :

1 - Abcès sous-phréniques :

Ils ne sont pas très fréquents après chirurgie colique. Cependant les hémicolectomies droites peuvent être responsables d'abcès sous-phréniques droits, soit inter-hépato-diaphragmatiques, soit sous-hépatiques (REDFERN); nous en avons observé 3 cas , tous inter-hépato-diaphragmatiques.

MOUCHET signale la possibilité d'abcès sous-diaphragmatiques gauches, après hémicolectomie gauche. Nous n'en avons pas rencontré.

2 - Abcès sous-mésocoliques :

Ils peuvent siéger n'importe où dans la grande cavité abdominale, mais généralement dans la région méso-coeliaque ou dans les gouttières pariéto-coliques (REDFERN).

Ils constituent des foyers de péritonite cloisonnée, entourée d'anses grêles agglutinées; souvent multiples, souvent responsables d'accidents occlusifs , ils constituent un état intermédiaire entre les occlusions mixtes inflammatoires et les péritonites généralisées.

Nous en avons rencontré deux cas .

3 - Abcès du Douglas :

Quelques cas après intervention colo-rectale ont été signalés par HEDDERG et par REDFERN.

Nous en avons observé un cas dans les suites d'une colostomie transverse faite au cours d'une simple laparotomie exploratrice pour un cancer occlusif sous-angulaire gauche.

B - Etiologie ;

Les germes en cause sont généralement des staphylocoques, mais aussi des bacilles gram négatif (REDFERN).

Dans le mécanisme des abcès, il faut peut-être faire une place aux causes générales : sur 100 cas de REDFERN, il existait 53 fois un épisode de choc ou d'hypotension contemporain de l'intervention initiale ; la moindre résistance des tissus hypo-oxygénés aurait favorisé l'infection péritonéale.

Cependant, les facteurs locaux semblent les plus importants ; ils constituent deux catégories :

1 - Les imperfections techniques :

Sans insister sur les oublis de corps étrangers ou les inoculations septiques per-opératoires, signalons seulement deux problèmes :

- les insuffisances de nettoyage péritonéal en fin d'intervention, la persistance de caillots favorisant sûrement l'infection ;

- les drainages incorrects ou inéfficaces, surtout pour l'hypocondre gauche, bien difficile à drainer utilement.

2 - Les fuites d'anastomoses :

Elles constituent là encore une étiologie importante, responsable notamment, pour MOUCHET, de la plupart des abcès sous-phréniques après chirurgie de l'angle gauche.

De ce mécanisme peuvent être rapprochés deux de nos cas :

- un abcès pelvien accompagnant une fistule iléale externe qui avait donc ensemencé le péritoine (observation XIV) ;

- deux abcès collectés résiduels après une péritonite généralisée par lâchage de suture (observation VI).

Nous avons d'ailleurs signalé la fréquence de la formation d'abcès collectés intra-péritonéaux après cure de péritonite stercorale post-opératoire.

C - Diagnostic :

1 - Abcès sous-phréniques :

Rappelons d'abord le tableau clinique classique : après un intervalle libre de I0 à 20 jours post-opératoires, survient une ascension thermique, avec frissons et tachycardie; les signes fonctionnels sont soit à prédominance thoracique (toux, point de coté), soit à prédominance abdominale (douleur, défense, constipation). Les points douloureux provoqués, l'ombre radiologique de l'abcès, la ponction enfin permettent de confirmer le diagnostic.

En fait ce tableau clinique n'est guère habituel actuellement. Tous les auteurs insistent sur la fréquence des formes bâtardes, de diagnostic bien difficile. Notre impression est identique, puisque nous avons deux fois méconnu un abcès sous-phrénique après hémicolectomie droite, et deux fois au contraire réopéré abusivement sans trouver l'abcès suspecté (observations XVII et XXIII).

L'usage des antibiotiques, qui atténuent la symptolatologie sans supprimer les complications infectieuses est pour beaucoup dans cette modification de la scène clinique. Sur quels signes faire actuellement le diagnostic d'abcès sous-phrénique ?

a - Signes cliniques :

Ils n'ont souvent rien de spécifique :

- l'atteinte de l'état général est modeste : ce sont des opérés qui récupèrent mal ;

- les signes fonctionnels sont inconstants : point de côté sous-mammelonnaire ou scapulaire, dyspnée, endolorissement de l'hypocondre;

- la fièvre est habituelle, mais souvent modérée ; elle évoque immédiatement une complication septique , si elle succède à une période d'apyrexie ; mais elle existe bien souvent dès le lendemain de l'intervention, et c'est sa persistance qui inquiète (REDFERN) ;

- l'hyperleucocytose est fréquente -(dans 2/3 cas supérieurs à 15000, pour DINEEN) son augmentation progressive est encore plus évocatrice.

b - les signes radiologiques :

Beaucoup d'auteurs considèrent qu'ils sont les plus fidèles :

- DINEEN note dans 3/4 des cas, une anomalie radiologique, dont les plus fréquentes sont :

. la surélévation de la coupole diaphragmatique,
. un petit épanchement pleural,
. l'immobilité diaphragmatique ;
. une atélectasie inférieure ;
. une bulle gazeuse sous-diaphragmatique.

- Pour GERWIG, ce dernier signe est le plus évocateur; il rappelle que le pneumopéritoine normal post-opératoire disparait en quelques jours ; la réapparition d'une image claire sous-diaphragmatique et son augmentation progressive sont des signes formels ;

- Enfin WETTERFORS a même pu noter dans 80 de ses 86 cas l'association de 2 anomalies radiologiques .

Nous avons eu au contraire toujours l'impression que les radios étaient de peu de secours. Dans aucun de nos cas, les modifications n'étaient frappantes. Peut-être cela tient-il à la qualité souvent médiocre des clichés faits au lit du malade, dont le centrage imparfait peut rendre ininterprétable une surélévation d'une coupole.

Tout cela explique les difficultés que nous avons rencontrées pour le diagnostic d'abcès sous-phréniques. Nous n'avons jamais pratiqué de ponction exploratrice, qui semble aveugle et incertaine. Dans le doute, il est préférable de réintervenir : la réintervention est plus sûre que la ponction et vaut mieux que l'expectative (MOUCHET, DINEEN).

Nous avons dans cette série deux cas de laparotomies blanches pour suspicion d'abcès sousphréniques ; l'état des malades n'en a pas semblé aggravé et nous n'avons pas eu à le regretter. Nous devons plutôt déplorer de ne pas avoir réopéré deux abcès sous-phréniques droits, après hémicolectomie droite, dont la fièvre avec hyperleucocytose aurait dû imposer l'exploration malgré l'absence d'autres manifestations ; chez ces 2 malades, l'abcès ne fut découvert qu'à l'autopsie.

2 - Abcès de la grande cavité péritonéale :

Ces suppurations collectées s'accompagnent toujours d'un syndrome occlusif dû à l'agglutination des anses qui limitent les foyers inflammatoires.

L'allure clinique est donc celle d'une occlusion post-opératoire fébrile ; ce fut le cas dans nos deux observations :

- la fièvre n'était d'ailleurs pas considérable, entre 38° et 39°, du fait de l'antibiothérapie largement administrée ;

- le ballonnement abdominal s'accompagnait dans un cas d'une nette réaction péritonéale avec douleur et défense , dans le second cas il contribua à favoriser une éviscération avec fistule iléale.

L'indication opératoire est bien difficile à porter devant de tels tableaux cliniques. Beaucoup d'auteurs, lors du Congrès de Chirurgie de 1962, ont condamné la réintervention dans ces péritonites occlusives avec abcès; selon eux, beaucoup de ces complications peuvent céder au traitement médical.

Les hésitations sont du reste bien compréhensibles, devant l'état général souvent précaire de ces opérés, et devant les problèmes techniques que pose l'acte opératoire. Cependant l'évacuation des poches abcédées semble généralement le meilleur moyen d'assurer la reprise du transit, ainsi qu'on put le constater en réopérant le malade de l'observation VI : la jonction entre grêle plat et grêle dilaté se trouvait au contact d'une des poches purulentes, qui était manifestement la cause de l'occlusion. C'est pourquoi la réintervention nous semble là encore indispensable, sans trop attendre les problèmes de réanimation insolubles posés par une aspiration digestive et un arrêt du transit trop prolongés.

3 - Abcès du DOUGLAS

Rappelons qu'il faut y penser chez tout opéré fébrile, dont la paroi n'est pas infectée et dont les hypocondres sont indolores, surtout si existent des troubles intestinaux : constipation, ou souvent diarrhée glaireuse (comme ce fut le cas chez notre malade), l'hyperleucocytose est habituelle. C'est le toucher

rectal qui fait le diagnostic en montrant la masse douloureuse qui comble le cul-de-sac.

Le diagnostic est donc en principe facile, d'autant que la ponction exploratrice peut ici être pratiquée sans inconvénients.

B - Traitement :

Les antibiotiques par voie générale sont inefficaces en présence d'un abcès collecté; par contre ils sont sans doute utiles après l'évacuation, à condition d'être choisis en fonction de l'antibiogramme du pus prélevé. Notons également que quelques flacons de sang sont les bienvenus chez un opéré qui suppure.

C'est cependant le traitement chirurgical qui est le plus nécessaire, posant, pour chaque localisation, au moins deux problèmes : celui de la voie d'abord et celui du drainage.

1 - Abcès sous-phréniques :

L'incision sous-costale antérieure, horizontale, plus ou moins prolongée en dehors, est la plus simple et la plus rapide. Elle permet à la fois d'explorer la face inférieure des coupoles et les hypocondres (en particulier la région sous-hépatique). Ce n'est que si la radiographie fait suspecter un abcès très postérieur qu'on aura recours d'emblée à une incision postérieure, telle la voie sous-pleurale d'OCHSNER, qui résèque la 12e côte.

L'abord mène en principe assez vite sur la collection purulente, qui sera évacuée en évitant de préférence la cavité péritonéale. Le drainage sera assuré au mieux par un drain aspiratif de gros calibre type Chaffin.

Dernier problème que peuvent soulever les abcès sous-phréniques droits : celui de la recherche d'un éventuel abcès intra-hépatique associé, ou isolé et donnant le même tableau clinique (le diagnostic pré-opératoire n'est possible qu'avec une scintigraphie ou des angiographies hépatiques). Aussi importe-t-il, et surtout si la recherche d'un abcès extra-hépatique s'avère négative, de toujours rechercher une éventuelle poche intra-parenchymateuse, par la palpation et même la ponction exploratrice.

2 - Abcès de la grande cavité :

Là encore une large voie d'abord est indispensable. Il ne suffit pas d'élargir un orifice de drainage, mais il est nécessaire de reprendre l'incision pour pouvoir explorer tout l'abdomen.

Il est fréquent en effet de découvrir des poches abcédées multiples, entourées d'anses agglutinées dont la libération devient indispensable.

L'intervention sera terminée par un nettoyage complet de la cavité abdominale, lavée au sérum tiède enrichi d'antibiotiques solubles, et par un drainage à l'aide par exemple de larges lames de caoutchouc souple sortant par contre-incisions.

3 - Abcès du Douglas :

L'évacuation en est aisée par rectotomie et drainage par un drain en T de bon calibre.

Elle doit être suivie d'une rapide défervescence thermique, sinon une autre localisation suppurée est vraisemblable.

E - Résultats :

Les statistiques suffisamment étoffées font toutes état d'une mortalité importante :

. DINEEN : 40 % au moins pour les abcès sous-phréniques

. REDFERN : 58 % de morts après l'âge de 60 ans, 32 % avant

Sur 3 de nos malades réopérés et effectivement atteints d'abcès, 2 sont morts, ceux qui étaient porteurs d'autres lésions surajoutés :

. observation VI ; deux abcès intra-péritonéaux avec occlusion; décès le soir de la réintervention ;

. observation XIV : abcès avec éviscération et fistule iléale externe; décès 11 jours plus tard , l'autopsie découvrait une péritonite plastique contenant de multiples poches purulentes : il s'agit donc ici d'un échec manifeste de la réintervention, qui a laissé persister l'infection intra-péritonéale.

Le 3e malade, malgré deux réinterventions par deux collections suppurées successives, se rétablit, pour mourir quelques mois plus tard de cachexie cancéreuse.

F - Prophylaxie :

Les antibiotiques utilisés de façon systématique après l'intervention, n'ont pas fait baisser la fréquence des abcès, bien au contraire. DINEEN, en effet, a étudié les cas d'abcès sous-phréniques du New-York Hospital-Cornell Médical Center, depuis 1932 ; ils sont actuellement presque trois fois plus fréquents, en dépit de l'usage d'antibiotiques prophylactiques.

C'est dire que, là encore, la prévention des abcès intra-péritonéaux va se résumer à des problèmes de pure technique chirurgicale ; 3 points nous semblent devoir être soulignés :

1 - La nécessité d'un parfait isolement des temps septiques :

- en particulier, lors des temps d'ouverture colique ou rectale, la cavité abdominale doit être dans la mesure du possible, isolée par des champs

imbibés d'antibiotiques; les instruments et les gants seront changés dès l'anastomose terminée.

2 - Le nettoyage du péritoine :

A la fin de l'intervention, la cavité abdominale sera parfaitement débarrassée des sérosités et des caillots qui s'y trouvent, et qui vont inéluctablement se déposer aux lieux déclives sur le sujet couché, c'est-à-dire les deux hypocondres et le cul-de-sac de Douglas, c'est là qu'il est indispensable de pratiquer un grand lavage au sérum et une aspiration complète de ces 3 collecteurs qui ne demandent qu'à conserver des caillots, source fréquente de suppuration (BARRAYA).

Le dépôt dans la cavité péritonéale d'antibiotiques solubles est une précaution sans doute utile, en tout cas inoffensive.

3 - Le drainage :

Un drainage efficace est sûrement un élément primordial de prévention, comme de dépistage, d'une infection intra-péritonéale.

Les drains habituels souples, ou les lames, sont suffisants dans les cas standards. Mais si un doute persiste sur un petit suintement (ce qui est fréquent pour l'hypocondre gauche), une évacuation correcte ne peut être réalisée que par une aspiration douce à l'extérieur, dans un drain assez rigide et à double courant (car une prise d'air devient indispensable); le drain de Chaffin est un des modèles qui répondent à ces conditions, son efficacité est remarquable.

SUPPURATIONS PROPRES A LA CHIRURGIE COLO-RECTALE :

Nous rangerons sous ce titre 3 variétés de complications post-opératoires :

- les abcès péri-anastomotiques ;

- les abcès des zones de dissection, dont nous possédons deux exemples;

- les cellulites sous-péritonéales, dont nous avons rencontré un cas.

A - Abcès péri-anastomotiques :

Rappelons ce que nous avons dit à propos de lâchages de sutures : une désunion anastomotique n'entrainerait, souvent, que la formation d'une collection suppurée enclose en péritoine cloisonné, autour de l'anastomose; la rupture secondaire de cette poche peut se faire en péritoine libre, ou en sous-péritonéal , aboutissant à une fistule externe.

Ces abcès passent généralement inaperçus; nous n'en avons jamais vu.

B - Abcès des zones de dissection :

On peut rencontrer, après chirurgie colique, des collections suppurées d'une fosse lombaire, dans les suites immédiates de l'intervention, et secondaires par exemple à l'infection d'un hématome.

Plus fréquents sont les abcès de la concavité sacrée après amputation du rectum ; nous en avons observé deux cas qui illustrent deux mécanismes possibles de formation de ces abcès:

1 - Une suppuration immédiatement post-opératoire traduit une insuffisance de drainage du périnée :

Chez un de nos malades (observation VII) dont le périnée, après amputation abdomino-périnéale, avait été refermé sur 2 drains aspiratifs, on dut réopérer au 7 e jour pour éviscération et rétraction de la colostomie

terminale ; on découvrit en plus un abcès collecté pré-sacré dont le pus filtrait à travers les points de péritonisation.

Cette rétraction de colostomie terminale est un accident non exceptionnel, puisque nous en avons deux cas dans notre statistique, elle s'accompagne toujours d'accidents infectieux graves.

Les suppurations importantes de la concavité sacrée ne se voient pas lorsque le périnée est laissé ouvert et méché (DEDDE H : aucun cas sur 649 amputations du rectum) . Le traitement en est simple : réouverture et drainage.

2 - La persistance d'une suppuration périnéale trainante, malgré les soins locaux est souvent la conséquence d'une récidive cancéreuse locale .

C'est ainsi que le malade de notre observation XXII qui avait subi une résection antérieure de tumeur recto-sigmoïdienne, fit d'abord un abcès latéro-rectal, incisé en clinique privée, puis fut réopéré dans le service pour récidive de l'abcès ; il s'agissait d'une suppuration de toute la région pré-sacrée, avec nombreux débris sphacéliques ; une biopsie deux mois plus tard confirme la récidive de l'adéno-carcinome.

Il nous semble en effet que les cancers rectaux récidivés ou incomplètement enlevés, se manifestent souvent par de telles suppurations, tenaces malgré drainage, soins locaux et antibiotiques accompagnés de débris nécrotiques, et dont c'est l'examen histologique qui précise la nature.

C - Cellulites sous-péritonéales :

Le phlegmon des tissus celluleux sous-péritonéaux s'oppose aux abcès par l'absence de formation de pus collecté. Il existe au contraire une vaste zone de sphacèle, d'où s'écoule un liquide sanieux et fétide, sans aucune

tendance à la limitation, mais qui s'étend et décolle les tissus voisins.

Les germes responsables sont généralement des anaérobies associées à des bacilles intestinaux. Ils viennent de l'intestin lui-même, bien souvent à la faveur d'une fuite anastomotique, qui déclenche et entretient la suppuration.

Cette redoutable complication est maintenant bien peu fréquente. Quelques exemples en sont relatés de façon sporadique (ROUSSELOT - DEDDISH). Nous en avons rencontré un cas, après une intervention de BABCOCK (Observation XVI), la cellulite était due à une nécrose perforée située sur le côlon abaissé à 12 cm de sa terminaison ; l'infection intéressait toute la région sous-péritonéale de la fosse iliaque gauche et du flanc gauche et avait commencé à produire un abondant liquide fécaloïde dans le péritoine.

1 - Diagnostic :

La symptomatologie clinique de notre malade était typique : fièvre à 39° dès le 3e jour de l'intervention ; au 6e jour, vives douleurs abdominales, alors que le transit intestinal a repris et que le segment colique extériorisé est d'aspect normal ; mais on note une tension avec début de crépitation gazeuse du flanc gauche, qui augmente rapidement d'étendue.

En même temps l'état général se détériore rapidement : faciès grisâtre, baisse tensionnelle, pouls trop accéléré pour l'élévation thermique, oligurie.

On note enfin que la cicatrice (para-médiane droite) est indemne de crépitation gazeuse : il s'agit bien d'une cellulite sous-péritonéale.

2 - Traitement :

D'extrême urgence doit être institué le traitement médical : lutte contre le choc, antibiotiques à forte doses, sérum anti-gangréneux; nous en verrons les détails aux gangrènes gazeuses de la paroi.

La réintervention s'impose dès que l'état du malade semble le permettre. Elle a deux buts essentiels :

- un large débridement sous-péritonéal, par incision multiples trans-aponévrotiques, mettant à plat et drainant largement toutes les loges infectées ;

- Un anus de dérivation en amont, pour supprimer la fuite stercorale qui entretient la suppuration.

Mais ces sujets en pleine toxémie supportent mal l'anesthésie : notre malade fit un arrêt cardiaque pendant l'intervention et ne put être rattrappé.

Cette complication redoutable et rare est cependant imprévisible. Notre malade avait notamment subi la préparation pré-opératoire habituelle, à base d'antiseptiques sulfamidés et de lavements évacuateurs.

oOo

- VI -

FISTULES COLIQUES EXTERNES

Les fistules coliques externes se voient après les diverses colectomies gauches. Deux chiffres donnent une idée de leur fréquence moyenne :

. HEDBERG : 3 % des cas,

. GINZBURG : 13 cas sur 1000 colectomies.

Nous verrons qu'elles n'imposent pas toujours une réintervention. Nous avons cependant dû réopérer 4 malades. Dans 3 cas, on pratiqua un anus transverse gauche sur baguette, devant l'apparition d'un écoulement de matières par le drain, après colectomie gauche (observations XX, XXI, et XXV). Dans l'observation XV après résection antérieure recto-sigmoïdienne il n'existait encore qu'un abondant écoulement purulent par le drain, quand on décida de pratiquer un anus transverse pour protéger l'anastomose. Ces quatre malades guérirent facilement.

ETIOLOGIE :

Comme pour les péritonites, à part quelques rares cas dus à une lésion per-opératoire (plaie accidentelle du côlon , ligature d'un vaisseau nourricier nécessaire, ...), il s'agit toujours de lâchages de sutures :

. désunion de colotomie ;

. lâchage d'anastomose colo-colique après colectomie gauche, ou colo-rectale après résection antérieure.

Nous ne répèterons pas ce que nous avons dit lors des péritonites, à propos des désunions anastomotiques. Rappelons simplement qu'une anastomose sous-péritonéale (transverso-rectale par exemple), ou même rétro-péritonéale, est plus exposée à la désunion, car moins libre et moins mobile qu'une anastomose intra-péritonéale.

La fistule externe est donc la conséquence d'une fuite sous-péritonéale ou en zone accolée, dérivée à l'extérieur par un drainage efficace et salutaire. Ce fut le cas dans chacune de nos 4 observations:

. 3 fois, l'anastomose colo-colique basse ou colo-rectale était sous la péritonisation pelvienne;

. dans le quatrième cas, elle était intra-péritonéale, mais en zone accolée, et le drainage sous-péritonéal fut efficace.

DIAGNOSTIC :

Il est facile devant la simple constatation de matières en quantité plus ou moins abondantes, émises généralement par le drain.

La fistule survient le plus souvent vers le 7e jour, mais une fois, elle ne se produisit qu'au I5e jour, alors que les drains étaient enlevés depuis longtemps (observation XXV).

L'apparition des matières est parfois précédée par un abondant écoulement purulent par le drainage, qui témoigne vraisemblablement d'une suppuration péri-anastomotique et annonce la fistule. Il importe alors de s'assurer du bon fonctionnement du drain, et en cas de doute de le remplacer par un drainage plus volumineux et aspiratif (type drain de Chaffin), afin d'obtenir une bonne dérivation externe. Ainsi fut fait pour notre observation XIV.

La fistule une fois constituée, deux problèmes se posent :

1 - d'abord évaluer l'importance de la fuite externe : tous les intermédiaires étant possible entre une fistule minime, donnant quelques gouttes de pus et de matières, qui a toutes chances de se fermer spontanément, et la fuite totale de toutes les matières par l'orifice, sans aucune émission de selles par l'anus.

Une fistule externe aussi massive doit faire rechercher l'existence d'un obstacle sous-jacent à l'anastomose, en demandant en particulier un lavement baryté ; la baryte sera injectée à la fois par l'anus et par la fistule pour bien opacifier le segment colique intermédiaire. La découverte d'un obstacle (bride, volvulus, fécalome....) viendrait expliquer l'abondance de la fuite et imposer un temps chirurgical supplémentaire.

2 - Il importe tout autant de savoir si la fuite stercorale est entièrement externe, ou bien si elle ensemence la cavité péritonéale :

- l'état clinique de l'opéré est en général rassurant ; un bon faciès , l'absence de douleurs, un abdomen souple, l'apyrexie permettent d'éliminer une péritonite ;

- celle-ci doit rester néanmoins, à cause de sa gravité, la préoccupation essentielle ; c'est le but du traitement d'en éviter la survenue.

TRAITEMENT

Son rôle apparait donc double : favoriser la fermeture de la fistule, mais surtout éviter, par un bon drainage, la dissémination péritonéale.

Néanmoins, devant une fistule minime ou partielle, avec persistance de selles émises par l'anus, la réintervention n'est pas indispensable. La fermeture de la fistule peut être obtenue par un simple drainage, réalisé avec deux drains

tubulaires juxtaposés ou mieux un drain de Chaffin, qui vient remplacer le drain de Redon ou le drain de Penrose mis lors de l'intervention initiale est devenu insuffisant,

L'emploi de deux tubes cylindriques assure en effet le drainage le plus efficace qui soit :

- Les interstices entre les deux drains contribuent à une bonne évacuation ;

- Ils permettent le lavage de la plaie, et au besoin son irrigation continue par des solutions d'antiseptiques ;

- Enfin, ils permettent l'aspiration continue d'une fistule abondante, l'un des drains est relié au bocal d'aspiration ; l'autre, laissé ouvert, joue le rôle de l'indispensable prise d'air, à travers une compresse-filtre placée à son orifice.

A l'inverse, une fistule importante, dérivant la plus grande partie des matières, sera longue à se tarir spontanément, et peut faire courir un risque péritonéal, même si l'on a pu s'assurer de l'absence d'obstacle sous-jacent. La réintervention devient nécessaire. Deux types d'attitudes sont possibles :

1 - L'abord chirurgical de la fistule :

La simple excision des bords de la fistule avec suture a donné des échecs à tous ceux qui l'ont pratiquée (POILLEUX, WEST).

Il vaudrait donc mieux effectuer, par voie intra-péritonéale, une véritable recoupe de la zone fistulisée et une réanastomose. Une telle intervention ne va pas sans difficultés, ni sans risques, notamment de nouveau lâchage, pouvant exposer cette fois à la péritonite mortelle. Il nous semble que ce risque ne devrait jamais être couru.

Bien plus sage est l'attitude qui consiste à aborder l'anastomose, à la désunir et à mettre le bout colique supérieur (ou les deux bouts si possible) à la peau, en anus temporaire. On est sûr d'obtenir ainsi un assèchement parfait Mais la réanastomose qui devra être faite quelques mois plus tard, peut être techniquement bien difficile.

2 - La colostomie d'amont :

C'est, nous semble-t-il, le geste le plus simple et le plus sûr. Il suffit d'exécuter un anus sur baguette correct, évacuant la totalité des matières. On pratique généralement une colostomie transverse gauche, au besoins sous anesthésie locale.

Dans le même temps opératoire sont réalisés un bon nettoyage et un drainage efficace du trajet fistuleux, comme indiqué à la page précédente.

Cette attitude simple et anodine est régulièrement efficace. Nous l'avons adoptée pour nos 4 malades , nous avons toujours vu la fuite stercorale se tarir très rapidement, puis la fistule se fermer au prix, deux fois sur quatre, d'une suppuration locale qui demanda des soins de désinfection pendant quelques semaines. La colostomie d'amont a toujours pu être refermée quelquss mois plus tard sans problèmes.

RESULTATS :

La guérison de cette complication peut donc le plus souvent être obtenue à peu de frais.

En l'absence de péritonite, la mortalité est faible : WEST a deux morts sur I8 cas; nous n'avons aucun mort parmi nos 4 malades.

Ce résultat nous encourage à recommander un traitement simple: il est hasardeux de vouloir trop bien faire alors qu'un anus sur baguette est toujours suffisant.

Il n'y a donc pas de commune mesure entre ces formes de lachages de sutures : la bénignité des fistules externes contraste avec la mortalité massive des formes avec péritonite. C'est souligner l'intérêt de s'efforcer de dériver à l'extérieur une éventuelle désunion, par un drainage sous-péritonéal pas trop éloigné (WEST, ROUSSELOT).

oOo

- VII -

FISTULES ILEALES EXTERNES

Plus rarement rencontrées que les précédentes, après chirurgie colo-rectale, elles méritent une étude approfondie du fait de leur gravité et des problèmes thérapeutiques qu'elles posent.

Trois de nos malades ont dû être réopérés pour fistule du grêle :

ETIOLOGIE :

Deux types de fistules du grêle peuvent se rencontrer après chirurgie colique ou rectale;

I - Lâchage d'anastomose iléo-transverse après hémicolectomie droite :

Un tel lâchage peut entrainer soit une péritonite généralisée, soit une fistule iléale basse, dont la gravité est celle de toutes les fistules du grêle .

ROUSSELOT en a signalé quelques cas. Nous n'en avons pas observé. Cependant en réopérant pour occlusion le malade de l'observation XXVI, l'anastomose semblait prête à se désunir et fut traitée comme si elle l'était.

II - Fistules iléales dues soit à un geste complémentaire de l'intervention, soit à une autre complication :

Dans ce chapitre peuvent rentrer les cas de fistules externes par lâchages d'entérotomies de vidange (GUENIN), par lâchages de résection du grêle associé, par blessure iléale per-opératoire (notamment embrochage par les fils de paroi).

Nos trois observations illustrent deux autres possibilités :

a - Le 1er cas (obs. III) est assez particulier puisqu'il s'agit d'un homme de 51 ans qui fit une fistule vésicale un mois après une amputation du rectum. On tente la cure de sa fistule par une iléo- cystoplastie d'agrandissement avec réimplantation des deux uretères , quelques jours plus tard, apparurent d'abord une fistule urinaire, puis un écoulement de liquide intestinal ; une iléostomie ne devait pas empêcher le décès au 10' jour. L'autopsie confirma le double lâchage de l'anastomose iléo-vésicale et de l'anastomose iléo-iléale.

b - Deux autres cas illustrent une éventualité plus fréquente (WEST : 5 fois sur 23 fistules du grêle) : une fistule iléale accompagnant une éviscération :

- Observation XIII : cette femme de 63 ans, opérée d'abord en urgence, avec le diagnostic d'appendicite, était en réalité porteuse d'un abcès périsigmoïdien d'origine tumorale , reconnu à la réintervention, et pour lequel on fit une colostomie d'amont ; au 5e jour, apparition par la médiane de liquide intestinal, dont l'abondance augmentait, avec désunion pariétale ; réintervention avec résection de la fistule qui porte sur deux anses grêles accolées, et iléostomie ; décès 10 jours plus tard.

- Observation XIV : Homme de 57 ans, déjà opéré deux fois pour occlusion d'un cancer recto-sigmoïdien ; 4 jours après une intervention de Hartmann, éviscération avec fistule iléale, dont l'abondance augmente et conduit à la réintervention le 12e jour : résection du grêle et iléostomie, fermeture pariétale difficile

du fait de la perte de substance aponévrotique : décédé au 11e jour (péritonite purulente à l'autopsie).

Dans ces deux observations, l'éviscération et la fistule du grêle semblent avoir été découvertes à peu près simultanément. Il est cependant vraisemblable que c'est l'éviscération qui est la cause de la fistule ; elle permet en effet aux anses de venir se blesser sur la paroi et notamment sur les fils de nylon, elle étrangle les anses qui peuvent se nécroser et se perforer au contact de l'air libre.

CONSEQUENCES :

1 - Locales :

Une fistule iléale peut s'accompagner d'épanchement intra-péritonéal. Il s'agit rarement de péritonite généralisée, mais plutôt d'abcès limités par les accolements intra-péritonéaux. Ce fut le cas dans notre observations n° XIV, où la réintervention évacua un volumineux abcès iléo-pelvien situé sous un paquet d'anses grêles accolées et fistulisées.

Surtout, ce qui caractérise les fistules iléales c'est leur importante activité trypsique. TREMOLIERES estime leur activité protéolytique moyenne à 5,8 unités par litre. Il en résulte l'autodigestion progressive du trajet fistuleux, expliquant l'absence de tendance à la fermeture spontanée, mais au contraire l'augmentation de l'écoulement qui attaque la paroi abdominale alentour. Rappelons que cette action protéolytique locale ne s'exerce qu'en pH alcalin et qu'elle est inactivée en milieu acide, d'où le traitement par irrigations locales d'acide lactique.

2 - Générales :

Le retentissement sur l'état général est dû aux pertes par la fistule .

Un écoulement abondant constitue d'abord une déperdition d'eau, qui insuffisamment compensée, devient une cause supplémentaire de choc chronique. La réduction de la masse sanguine circulante vient encore aggraver les lésions iléales : "pour qu'un intestin se contracte et absorbe, il faut qu'il soit correctement oxygéné" (TREMOLIERES).

Les pertes d'électrolytes deviennent vite importantes également : un litre de liquide de fistule iléale contient 127 mEq de sodium et 11,5 mEq de potassium (TREMOLIERES).

Enfin les déperditions d'azote total peuvent être estimées à 4,4 g/l (mais souvent bien davantage) et de lipides à 17 g/l. Ces pertes massives expliquent la dénutrition progressive de ces malades, surtout quand ils ne peuvent s'alimenter par voie orale, comme il est habituel dans les jours qui suivent une intervention. Il semble également que cette dénutrition, une fois installée, puisse devenir irréversible; les tentatives pour accroitre les apports par voie buccale, même très progressivement, s'accompagnent d'augmentation du débit de la fistule et de dégout alimentaire de la part du malade et le retard pris ne peut être rattrappé. Voilà qui souligne la nécessité d'un traitement immédiat des fistules digestives externes.

DIAGNOSTIC :

Il ne pose d'habitude pas de problème, devant l'apparition par la cicatrice ou par un orifice de drainage, d'un écoulement d'allure biliеuse ou intestinale, son odeur, son alcalinité et surtout son abondance croissante font vite affirmer le diagnostic, sans attendre les lésions cutanées périphériques: d'abord un érythème inflammatoire, qui se recouvre d'érosions douloureuses puis d'ulcérations creusantes centrifuges.

Le traitement doit être institué d'urgence, sans prendre de retard nutritionnel.

TRAITEMENT :

Très complexe, le traitement doit s'adapter exactement à chaque malade particulier, et nous ne pouvons qu'en préciser quelques données générales.

I - L'intervention chirurgicale ne s'impose que rarement d'emblée :

L'indication opératoire n'est urgente qu'en face d'un syndrome de péritonite diffusante, ou devant une éviscération associée menaçante .Ces cas sont peu fréquents ; dans nos deux observations comportant une éviscération, la déhiscence pariétale a d'abord semblé minime, peu inquiétante du fait des accolements sous-jacents, et il fut décidé de surseoir à la réintervention.

La majorité des fistules iléales seront donc d'abord traitées selon la méthode mise au point par TREMOLIERES, dont nous rappellerons les éléments de base :

- Mise en place d'emblée d'une instillation d'acide lactique destinée à neutraliser l'activité trypsique de la fistule, dont l'écoulement est évacué par aspiration au bocal ;

- Rééquilibration par voie IV, comportant notamment la compensation des pertes d'eau par la fistule, et des pertes d'électrolytes : en moyenne 10 g de ClNa et 2 g ClK par litre de liquide de fistule puis 1 g de gluconate de Ca et de chlorure de Mg au-delà de 2 semaines d'évolution ; TREMOLIERES recommande de se fier essentiellement aux quantités de liquides perdues par la fistule et non aux données des ionogrammes, dont les résultats sont retardés, et modifiés par le choc chronique ;

- Au moins 2 ou 3 flacons de sang par semaine sont nécessaires, surtout si apparaissent des signes de choc chronique (tachycardie non expliquée par la fièvre, dyspnée sine materia, écoulement plus abondant par la fistule);

- La réalimentation orale doit être commencée dès que possible : c'est elle qui fait le succès du traitement, puisqu'elle peut seule apporter une ration calorique et protidique suffisante ; l'idéal est d'arriver à une dose journalière de 100 à 120 g de protides, avec 2000 calories ; mais une telle ration ne doit être instituée que très progressivement, en augmentant de 200 cal. par jour, un strict contrôle des apports, par un régime diététique connu et mesuré, sous forme d'aliments semi-liquides, est donc indispensable ;

- De nombreux autres éléments (antibiothérapie à large spectre, soins de nursing, environnement) concourrent à faire du traitement de ces malades une lourde charge pour un service de chirurgie générale.

II - Mais une réintervention devient bien souvent nécessaire :

Certes ce traitement bien conduit amène souvent la fermeture des fistules digestives externes. Cependant un temps chirurgical peut s'imposer, dès les premiers jours, devant des signes péritonéaux ou occlusifs. Dans les jours suivants, nos observations ainsi que celles de beaucoup d'autres (GERMAIN, ABOUSSUAN) montrent que certainss fistules post-opératoires ne cessent d'augmenter malgré le traitement médical, et retentissent gravement sur l'état général du malade, malgré des efforts héroïques de réanimation (WEST).

Le traitement médical, même dans ces cas, n'est pas inutile, permettant la diminution des phénomènes inflammatoires locaux et une réintervention dans de meilleures conditions. Mais l'état de ces malades est tel qu'on doit se contenter du geste le plus simple.

1 - Devant une fistule par lâchage d'iléo-transversostomie après hémicolectomie droite :

La recoupe avec réanastomose est vouée à l'échec. Nous conseillons

plutôt de simplement drainer largement (à l'aide d'une lame sortant par contre-incision) la région de l'anastomose désunie, et de se porter en amont sur le grêle sain qui est sectionné avec mise à la peau du bout supérieur, le bout inférieur étant rapidement fermé. Cette iléostomie doit être placée à mi-distance entre l'ombilic et l'épine iliaque, en ourlant la muqueuse à la peau, elle sera d'emblée recouverte d'une poche collée.

Ainsi est obtenu à peu de frais l'assèchement de la fistule. C'est l'attitude que nous avons employée avec succès, chez un malade opéré pour occlusion après hémicolectomie droite, et dont l'anastomose était en partie déhiscente (observation n° XXVI).

2 - Devant une fistule iléale :

La recoupe avec réanastomose semble la meilleure attitude. Mais il s'agit d'une intervention longue et pénible, qui doit comprendre un abord des lésions en zone saine, une libération de proche en proche et la résection de la portion fistulisée (THOMERET); enfin et surtout la désunion de la réanastomose est redoutablement fréquente. Nous pensons qu'une telle intervention n'a pas sa place à la phase évolutive des fistules externes.

Dans nos cas n° XIII et XIV, après de longs efforts de libération puis de résection d'anses à fistules multiples, on termina par une iléostomie sans doute trop haute, qui n'empecha pas la mort au IOe jour, dans des tableaux de diarrhée et de troubles nutritionnels majeurs.

Aussi sommes-nous conduits à préconiser une attitude plus simple encore. Plutôt que d'aborder inutilement le foyer adhérentiel où siègent les fistules, mieux vaut l'exclure par deux ligatures circulaires passées sur le grêle à son entrée et à sa sortie. La continuité intestinale est rétablie par une anastomose latéro-latérale en zone saine,de l'autre côté des ligatures. Cette

attitude a été adoptée avec succès pour la cure des fistules d'origine néoplasique chez une de nos malades (observation XI)

RESULTATS :

Nos malades étaient tous trois de formes particulièrement sévères, mais pour tous les auteurs les fistules du grêle post-opératoires semblent d'une redoutable gravité. Pour GERMAIN, elles constituent la principale "pierre d'achoppement" qui puisse se rencontrer. ROUSSELOT a eu 75 % de mortalité.

Les formes qui guérissent sont surtout les fistules à faible débit, unique , chez des sujets qui ont une bonne alimentation orale. Il n'y a pratiquement pas de guérisons pour l'instant dans les fistules multiples.

Les techniques que nous proposons . ont l'avantage de la bénignité et de l'efficacité; elles nous semblent susceptibles d'améliorer les résultats à l'avenir.

PROPHYLAXIE :

Nous ne ferons que rappeler les précautions à prendre lors d'une anastomose digestive et les dangers des entérotomies de vidange.

Signalons la nécessité de protéger le grêle des fils de paroi par le grand épiploon bien étalé, ou bien, s'il est insuffisant, par une lame de latex fin (nous utilisons généralement dans le service du Pr. Cl. OLIVIER, un gant coupé, étalé sur les anses, et dont une extrémité sort par l'incision).

Enfin le dépistage précoce des éviscérations menaçantes éviterait sans doute bien des lésions iléales sur les berges de l'incision désunie.

oOo

- VII -

HEMORRAGIES

Les hémorragies post-opératoires sont une des causes les plus fréquentes de réintervention après chirurgie abdominale (GERMAIN : 15,8 % des réinterventions sur 3168 laparotomies).

Cependant, les hémorragies sont plus rares après chirurgie colique ou rectale. Nous n'en avons observé qu'un cas, encore s'agissait-il d'un problème un peu particulier : ce malade aux anti-coagulants après une amputation du rectum, fut réopéré au 6e jour pour éviscération et abcès pelvien; 8 jours plus tard, toujours sous anticoagulants, il fit une hémorragie abondante périnéale, qui imposa une réintervention (observation VII).

Les autres cas signalés sont également consécutifs à des amputations du rectum :

. BEAHRS : 2 cas sur 350 amputations,

. DEDDISH : 8 cas , dont 3 mortels, sur 649 interventions.

Par contre, sur 1000 exérèses coliques ou rectales, GINZBURG n'a eu aucune mortalité par hémorragie et n'a même jamais dû réopérer pour cette raison.

MECANISMES :

En dehors des fautes techniques d'hémostase, deux chapitres sont à distinguer :

1 - Nous n'insisterons pas sur l'éventualité d'hémorragies de cause intercurrente dans les suites d'une intervention colique ou rectale (par exemple un ulcère aigu gastro-duodénal).

Un de nos malades fit ainsi, dans les décours d'une hémicolectomie droite, une nécrose colique hémorragique, en apparence primitive; se trouvant dans un service de réanimation pour anurie post-opératoire, il présenta plusieurs épisodes de collapsus avec mélaena et douleurs abdominales, qui amenèrent à réséquer : on découvrit une ischémie de tout le sigmoïde, sans oblitération vasculaire ; une colectomie segmentaire entraina la guérison définitive (observation XXIII).

2 - En fait, notre sujet se limite surtout aux hémorragies de la concavité sacrée après amputation du rectum :

Il s'agit en général de saignements veineux, qui ont leur source dans les plexus péri-prostatiques ou dans les veines de la paroi pelvienne. L'hémostase de ces vaisseaux est délicate ; elle est presque impossible par la voie périnéale, à cause de l'étroitesse du champ ; elle est plus aisée par l'abdomen, bien que le contrôle d'une veine pelvienne à bout d'instruments demande toujours beaucoup d'adresse.

Plus rarement, il s'agit d'hémorragie capillaire en nappe des surfaces cruentées de la paroi pelvienne (WARREN). Peut-être ces hémorragies sont-elles favorisées par des phénomènes de fibrinolyse locale : la concavité sacrée et les parois du pelvis forment en effet un espace mort irrétractable, analogue à une cavité thoracique par exemple : la fibrinolyse locale est un accident possible dans de telles cavités closes, où des activateurs cellulaires ont été libérés en grande abondance par le traumatisme opératoire.

Enfin, il est bien évident que ces hémorragies sont favorisées, sinon déclenchées, par le traitement anticoagulant. Ce fut le cas de notre malade;

comme il est fréquent chez les sujets âgés,cet homme de 79 ans était spécialement sensible aux coumariniques, puisqu'il restait à 20 % de taux de pro - thrombine avec 1/4 de comprimé de Tromexane.

DIAGNOSTIC :

Il ne fait pas problème, puisque le saignement s'extériorise par la plaie périnéale en cours de fermeture ou par les drains.

Signalons seulement qu'il est utile de vérifier la coagulation du malade, et en particulier de rechercher la lyse précoce des caillots, en demandant un test de Von KAULLA sur le sang qui s'écoule.

TRAITEMENT :

La plupart de ces hémorragies cèdent à un simple tamponnement de la cavité périnéale, par un sac de MICKULICZ, au besoin sous anesthésie générale (HEDBERG, DEDDISH).

Mais si le saignement est abondant, le tamponnement peut échouer, et il faut alors faire l'hémostase à la vue. On la tentera d'abord par voie périnéale, au besoin élargie ; WARREN conseille, à ce propos la résection du coccyx, geste sans inconvénient ultérieur, qui donne un jour considérable et permet le plus souvent de contrôler le vaisseau qui saigne.

Cependant un échec impose de repasser par l'abdomen, la voie mixte aidant d'ailleurs beaucoup (position dite "à double équipe"). Dans le cas de notre malade, l'hémostase dut également être effectuée par relaparotomie, après échec d'un tamponnement périnéal.

Ce sujet qui était sous anticoagulants pour une phlébite débutante, avait vu son traitement arrêté au moment de son hémorragie; mais il fit au

5e jour une embolie pulmonaire mortelle (vérifiée à l'autopsie). Ces faits confirment les difficultés de surveillance de la coagulation, dès qu'un incident vient perturber l'administration d'un traitement anticoagulant.

PROPHYLAXIE :

La meilleure prévention est une bonne hémostase des parois pelviennes. Pour la réaliser, la voie mixte constitue un avantage considérable, d'où l'intérêt de ne pas refermer la laparotomie avant la fin du temps périnéal : la vérification de l'hémostase, après ablation de la pièce, est beaucoup plus aisée si l'abdomen est encore ouvert, la laparotomie peut facilement être fermée en dernier , après avoir changé de gants et d'instruments.

La vérification de l'hémostase n'est valable que si le malade a une tension artérielle suffisante ; une hypotension momentanée due à l'anesthésie, peut tarir une plaie veineuse qui se mettra à saigner dans les suites, une fois la tension remontée.

En cas de plaie veineuse, l'hémostase impose la dissection précise de la veine, qui doit être libérée de la paroi, pédiculisée et liée sur pince. La ligature de l'hypogastrique est inéfficace pour contrôler une hémorragie veineuse, et n'est logique que si l'on désire passer au ras de la paroi, comme pour une cellulectomie (DEDDISH).

Enfin dans tous les cas où l'hémostase semble tant soit peu imparfaite, le périnée ne sera pas refermé, mais tamponné par un MICKULICZ.

Grâce à ces précautions, les hémorragies importantes après amputation du rectum doivent rester exceptionnelles.

oOo

- IX -

GANGRENE GAZEUSE PARIETALE

La gangrène gazeuse de la cicatrice peut compliquer toute intervention abdominale, mais surtout la chirurgie biliaire et intestinale.

Elle est peu fréquente, mais nous en avons observé un cas chez une malade de 59 ans qui avait subi une colectomie segmentaire pour cancer récto-sigmoïdien ; quelques jours plus tard, apparition d'un écoulement séro-purulent avec gonflement de la paroi, puis crépitation caractéristique, désinfection locale et réanimation sont suivies d'amélioration progressive de la suppuration ; une importante perte de substance cutanée résiduelle est comblée à l'aide de greffes en pastilles ; guérison (Observation XI).

ETIOLOGIE :

Les germes responsables de cette toxi-infection sont des anaérobies du genre CLOSTRIDIUM, dont le plus répandu est WELCHIA PERFRINGENS.

Ces bacilles sont des saprophytes habituels de l'homme, ils font partie de la flore colique et sont généralement présents dans les selles; ce sont également des hôtes fréquents des voies biliaires.

La gangrène gazeuse s'observe donc surtout après ouverture colique ou chirurgie biliaire. Les germes se développent le plus souvent dans les décollements à l'abri de l'air, de la cicatrice elle-même.

Quelques cas ont pu survenir après intervention extra-péritonéale, telle l'observation d'AUBERTIN après cure d'éventration sans ouverture du péritoine. Les germes viennent alors soit de l'ombilic, soit de la peau à partir de la région anale. Rappelons à ce propos l'inefficacité fréquente de l'alcool iodé habituellement utilisé pour la préparation du champ opératoire, qui ne détruit pas les spores des anaérobies (WILLIAMS).

DIAGNOSTIC :

Il est facile à faire devant la crépitation gazeuse caractéristique de la paroi abdominale. Mais ce signe est assez tardif et la nécessité d'un traitement précoce doit faire insister sur les signes de tout début.

En effet, l'affection débute souvent par des signes de choc, quelques heures ou quelques jours après l'intervention (MAC NALLY, SCHAPIRO). Chez cet opéré pâle, affaibli, haletant, apparaissent rapidement des signes de collapsus, avec un pouls petit, plus rapide que ne le voudrait l'élévation thermique qui reste modérée ; la tension artérielle est basse, pincée, et ne répond pas aux vaso-presseurs habituels (MAC NALLY).

Devant ce choc inexplicable par une complication médicale, il importe de vérifier l'état de la plaie opératoire ; l'attention en effet n'est que rarement attirée par des douleurs locales. Par contre les modifications de la cicatrice doivent immédiatement être remarquées. Il s'agit avant tout d'une décoloration de la plaie, qui prend une teinte jaune brunâtre, débutant en règle aux extrémités de l'incision; celle-ci est entourée d'un oedème discret, mais encore sans crépitation; la section de quelques fils cutanés laisse échapper un liquide brun fétide, où on fera rechercher des anaérobies avec leur antibiogramme.

Sur ces seuls signes, le traitement peut et doit être commencé sans attendre les résultats du laboratoire, ni les signes cliniques évidents qui

n'apparaitront que quelques heures plus tard : peau brunâtre, avec trainées violacées, oedème et crépitation.

Bien qu'intéressants à connaitre, ces modes de début semblent cependant inconstants. Chez notre malade en particulier, le choc fut absent ou passa inaperçu, et ce fut la crépitation gazeuse de la paroi qui parut être le premier symptôme.

TRAITEMENT :

Tous les auteurs y insistent : c'est un traitement d'urgence.

Dans bien des cas d'ailleurs, l'état de choc l'impose. Le sang est nécessaire, mais les vaso-presseurs semblent peu actifs , l'hydrocortisone serait plus efficace (MAC NALLY).

Le traitement anti-infectieux comporte d'abord des antibiotiques, à fortes doses par voie intra-veineuse, par exemple pénicilline (1 million toutes les 2 heures) et Auréomycine, qui semble un des plus actifs (I, 5 g toutes les 6 heures). En second lieu, la sérothérapie antigangréneuse est toujours utilisée, bien que son action paraisse souvent médiocre , là encore des doses massives sont nécessaires : 40.000 unités d'emblée IV, puis 20.000 unités toutes les 6 heures ; faute de connaitre le germe en cause, on emploiera le sérum polyvalent de l'Institut Pasteur.

Un geste chirurgical complémentaire est le plus souvent nécessaire :

- la simple désunion de la cicatrice peut être suffisante pour réaliser une mise à plat des loges infectées et permettre les lavages ; ce fut le cas chez notre malade ;

- dans d'autres cas, une véritable réintervention s'impose, comportant un large débridement de la plaie avec excision des zones nécrotiques et exposition à l'air des multiples recoins ; il s'agit alors d'une réintervention importante

qui n'est pas sans pouvoir poser des problèmes anesthésiques chez des sujets en pleine toxémie.

A ce traitement, deux éléments peuvent venir s'ajouter :

1 - d'abord l'hypothermie, qui fut utilisée avec profit 2 fois par MAC NALLY ;

2 - surtout l'oxygénothérapie hyperbare , dont les expériences de BOEREMA ont démontré l'efficacité sur la plupart des germes et surtout les anaérobies . ALTEMEIER en a codifié la technique lors d'un récent congrès à DURHAM ; il pratique des séances de 2 heures, en oxygène pur, sous une pression de 2 atmosphères; 3 séances ont lieu le premier jour, 2 le second, une le 3e.

L'oxygène hyperbare inhibe la prolifération des germes, mais reste sans action sur la toxine ; elle ne dispense donc pas du traitement anti-choc et de la sérothérapie.

RESULTATS :

Les quelques statistiques publiées montrent environ 2/3 de guérisons par un traitement précoce. L'oxygène hyperbare semble capable d'améliorer encore le pronostic, puisque sur 16 cas, ALTEMEIER n'a eu que 2 morts.

Localement, la guérison de l'infection gangréneuse laisse une perte de substance cutanée, qui sera greffée ultérieurement comme chez notre malade.

PROPHYLAXIE :

Quelques précautions techniques devraient, nous semble-t-il réduire encore la fréquence de cette complication:

- d'abord veiller à une parfaite désinfection colique pré-opératoire, la gangrène gazeuse survient en cas d'intestin mal préparé (ROUSSELOT) ;

- une désinfection efficace du champ opératoire, mieux réalisée par le savonnage et les ammoniums quaternaires que par l'alcool iodé;

- une protection soigneuse des bords de la plaie opératoire, par des champs imperméables, et cela surtout lors des temps d'ouverture colique ;

- enfin la fermeture de la paroi par des points simples, de fils fins, avec de petites prises non nécrosantes, évitant au maximum de dévitaliser les berges de l'incision.

oOo

- X -

FISTULES URINAIRES

Les fistules urinaires constituent tout un vaste chapitre de l'urologie, qu'il ne nous est guère possible de développer ici. Nous voulons simplement rappeler leur risque de survenue après chirurgie colique et surtout rectale, et les grandes lignes de leur traitement, qui, au moins dans ses premieres phases, peut être effectué dans un service de chirurgie générale.

Nous en avons rencontré un cas, à la suite d'une amputation abdomino-périnéale du rectum chez un homme (observation n° III); un mois après l'intervention, apparut une fistule vésicale, qui, après échec d'une tentative de temporisation, fut réopérée 3 mois plus tard : cystectomie partielle emportant la fistule et néo-vessie iléale ; au 3e jour, fuite d'urines par la médiane, puis de liquide intestinal ; l'iléostomie pratiquée tarit la fistule iléale, mais décès au 10e jour d'embolie pulmonaire ; à l'autopsie : double lâchage, de l'anastomose iléo-iléale et de l'anastomose iléo-vésicale.

ETIOLOGIE :

Une fistule urinaire précoce est la conséquence habituelle d'une plaie opératoire. Comme l'écrit CAMPBELL, les blessures per-opératoires de l'appareil urinaire "sont rares chez les opérateurs expérimentés, mais leur fréquence ne peut être estimée chez le chirurgien moyen ! " Un opérateur aussi

expérimenté que DEDDISH a eu cependant 16 fistules urinaires sur 649 amputations rectales.

I - C'est surtout la chirurgie rectale, en effet, qui expose aux blessures urinaires, en cas de tumeur adhérente à la région trigonale, aux vésicules séminales ou à la prostate. C'est la zone de dissection la plus délicate des amputations du rectum, sans que l'adhérence serrée souvent rencontrée soit d'ailleurs toujours cancéreuse : il peut s'agir d'une simple infiltration oedémateuse ou inflammatoire.

Chez l'homme, la blessure peut siéger aux 3 étages :

- urètre prostatique, en cas d'effraction à l'intérieur de la glande, ou urètre membraneux, sous le bec prostatique ;

- vessie , beaucoup plus souvent, comme dans notre observation, la fistule intéresse généralement la région trigonale;

- enfin un uretère, près de sa terminaison, à peu près à égalité de fréquence avec la vessie (BAUMRUCKER), mais dont le pronostic est meilleur; bien des plaies opératoires d'un urètère peuvent d'ailleurs ne se manifester que par la découverte fortuite d'un rein muet, quelques années plus tard.

II - La chirurgie colique peut exposer aussi aux fistules urinaires, mais très rarement.

Il s'agit généralement de blessure de l'uretère gauche, dans un mésosigmoïde infiltré.

DIAGNOSTIC :

Nous aurons en vue essentiellement les fistules après amputation du rectum. Le diagnostic en est facile, devant l'écoulement d'urines par la plaie périnéale ; l'aspect, l'odeur et au besoin l'examen chimique du liquide ne laissent aucun doute sur sa nature.

La date d'apparition de la fistule uro-périnéale est variable. Elle peut succèder d'emblée à l'intervention et être évidente dès le lendemain. Mais bien souvent, elle est retardée, l'écoulement n'apparaissant que 15 jours ou 3 semaines plus tard (1 mois dans notre observation) ; il s'agit de plaie retardée par chute d'escarre ou nécrose secondaire ; l'apparition de la fistule est alors souvent précédée par une période de fièvre inexpliquée qui cède brutalement lorsque s'évacue la collection urineuse.

Une fois la fistule reconnue se pose le problème de la localiser ; le traitement en dépend. Une fuite urinaire n'existant que lors des mictions est caractéristique d'une fistule urétrale. Si l'écoulement est permanent, plusieurs examens vont permettre de préciser le siège urétéral ou vésical :

1 - Le plus simple est l'injection dans la vessie d'un liquide coloré : son reflux rapide et abondant signe la fistule vésicale.

2 - La cystoscopie est souvent décevante : elle n'est formelle que si elle montre un orifice vésical, mais il est souvent petit et invisible, caché dans l'oedème, l'intégrité de la vessie ne peut donc guère être affirmée par une endoscopie.

3 - Par contre, l'urographie I.V. , pratiquée sans compression est là encore l'examen essentiel : elle montre le siège de la fuite, sous forme d'une flaque de produit de contraste; il n'est d'ailleurs pas toujours facile de différencier sur les clichés une plaie trigonale d'une plaie latérale d'un uretère terminal. Enfin l'UIV montre le retentissement sur le rein sus-jacent, rapidement dilaté au-dessus d'une plaie transversale de l'uretère.

La confrontation des résultats de l'épreuve au bleu de méthylène et de l'urographie permettent généralement de localiser sans erreur la fistule et de préciser son retentissement éventuel.

TRAITEMENT :

Il n'y a pas lieu d'entreprendre trop vite une réintervention difficile, mais au contraire de tout faire pour l'éviter.

I - Devant une plaie urétérale :

Le premier geste à faire est une tentative de montée de sonde, qui d'ailleurs confirme la lésion si la sonde bute.

Lorsque la sonde passe, le drainage et le modelage sur sondes à demeure, de calibres croissants, permettent habituellement le tarissement définitif de la fistule. Une surveillance régulière de la perméabilité urétérale sera ensuite indispensable, par des urogrammes répétés.

Si la sonde bute sur une section transversale de l'uretère, le risque rénal impose une réintervention assez rapide. Le siège de la plaie est en règle assez bas pour permettre une réimplantation directe de l'uretère sur le dôme vésical. Mais là encore, on évitera de prendre des risques, et, si l'état du malade laisse à désirer, mieux vaut se contenter d'une urétérostomie cutanée; c'est plus tard que l'uretère sera éventuellement reconstitué (ou que pourra être envisagée une néphrectomie). La décision est à prendre en fonction de la résistance de chaque malade et aussi de ses chances de survie prolongée s'il s'agit d'un cancéreux.

II - Devant une plaie vésicale :

Il n'y a au contraire jamais intérêt à réopérer rapidement. La cicatrisation de la fistule peut en effet être obtenue si elle est suffisamment asséchée. On se contentera donc de la mise en place d'une sonde vésicale à demeure (de préférence une sonde à ballonnet gonflable, plus hermétique) qui sera laissée ouverte en permanence au bocal, avec un solide traitement anti-infectieux. Un drainage efficace est ainsi assuré, qui entraine une diminution

du débit, et bien souvent le tarissement de l'écoulement. Même en cas d'échec, la temporisation permet l'atténuation des phénomènes inflammatoires et infectieux, et la réintervention dans de meilleures conditions, sur un sujet en meilleur état général.

La date de cette réintervention est délicate à apprécier. Il semble qu'un délai de 2 ou 3 mois soit la limite raisonnable, au-delà de laquelle la fermeture spontanée de la fistule devient improbable (notre malade fut opéré au bout de 3 mois).

La conduite opératoire dépend du siège de la fistule. Elle est souvent basse, trigonale, et sa simple suture est impossible du fait de l'induration de la paroi ou de la proximité des méats urétéraux. Ce fut le cas chez notre malade : on dut sectionner la vessie au-dessous de la fistule, et la reconstituer à l'aide d'un greffon iléal où furent réimplantés les deux uretères. Cette intervention importante ne fut pas supportée par le malade, qui fut incapable de cicatriser sa double anastomose, et l'on regretta de ne pas s'être contenté d'une simple urétérostomie cutanée bilatérale provisoire.

Avant d'entreprendre une intervention majeure, il est nécessaire de s'assurer également de l'absence de récidive cancéreuse locale, responsable possible de l'absence de guérison spontanée, de la fistule. L'existence d'une infiltration néoplasique, confirmée au besoin par biopsie extemporanée, doit faire préférer une dérivation palliative à l'aide d'un procédé quelconque d'urétérostomie définitive (trans-iléale par exemple).

III - Devant une plaie urétérale :

Là encore il faut avant tout mettre la fistule au sec, par un drainage avec une sonde vésicale à demeure. La mise en place peut d'ailleurs poser des problèmes si l'on bute sur la section urétrale. Force est alors de pratiquer une cystotomie sus-pubienne et d'essayer de franchir l'obstacle à l'aide de deux béniqués introduits l'un par le col vésical, l'autre par le meat urétral, et

qui viennent en contact; dès qu'un bénigué est passé, on lui fait amener en place une sonde de Philips ou une sonde de Couvelaire ; à l'extrémité intra-vésicale de celle-ci peut être attaché un gros fil de nylon qu'on fait ressortir par la cystotomie (refermée autour de lui); la sonde pourra ainsi facilement être changée et remplacée par des sondes de calibres croissants.

En effet, la fistule expose après sa fermeture au rétrécissement de l'urètre , comme toute plaie de l'urètre membraneux, imposant des séances de dilatations qui rélèvent de mains spécialisées.

PROPHYLAXIE :

Devant une tumeur de la face antérieure de l'ampoule rectale, plus ou moins adhérente aux organes urinaires, il semble indispensable de posséder, non pas tellement une cystoscopie, dont les résultats sont sujets à caution, qu'une urographie : elle aura au minimum l'intérêt de montrer le nombre et le siège des uretères, et le fonctionnement rénal (BAUMRUCKER).

La mise en place de sondes urétérales facilite évidemment la repérage en cours d'intervention, et certains en conseillent la pratique systématique. Elle ne nous semble cependant que rarement s'imposer, d'autant que des accidents oligo-anuriques post-opératoires dus au contact des sondes dans les uretères ont été parfois observés.

Devant une lésion très adhérente en avant aux vésicules séminales à la prostate ou à la vessie, CAMPBELL recommande d'éviter les petites résections à la demande, qui risquent d'être insuffisantes et d'entrainer des nécroses et des fistules ; il préfère une chirurgie large et réglée, et effectue selon les cas une cystectomie totale ou partielle ou une prostatectomie extra-capsulaire. Mais ce sont alors des entreprises qui compliquent beaucoup une amputation rectale banale.

Enfin BAUMRUCKER conseille d'effectuer une urographie de contrôle systématique deux mois après toute amputation du rectum ; il découvre ainsi de temps à autre une lésion urétérale asymptomatique.....

- XI -

RESUMES DES OBSERVATIONS

OBS. I (VES... Paul) :

Cet homme de 80 ans, en très mauvais état général (hypertension hyperazotémie, ramollissement cérébral) est adressé dans le service pour syndrome occlusif :

- Le 9.3.57 , en urgence sous locale :

L'intervention découvre un volumineux cancer de la valvule iléo-caécale. Iléostomie latérale sur sonde.

- Absence de fonctionnement de l'iléostomie, qui doit être reprise :

. le 12.3.57 :

Iléostomie terminale (en canon de fusil).

- Suites :

Bon fonctionnement de la dérivation ,

Mais déclin progressif de l'état général.

Décédé le 29.3.57.

OBS. II (NOE... Georges) :

Ce malade de 67 ans, est opéré en urgence pour volvulus du côlon pelvien :

. le 14.9.58 :

Médiane sous-ombilicale. Résection sigmoïdienne et mise des

2 bouts à la peau de la FIG. Paroi en 3 plans .

- Suites ;

Eviscération au 12e jour : désunion de la partie basse de la médiane, issue de 2 anses. Réintervention en urgence :

. Le 26.9.58 :

Libération d'adhérences entre les anses et réintégration.

Paroi en 2 plans : acier sur péritoine, muscles et aponévrose, nylon sur la peau.

- Suites :

Déclin progressif de l'état général. Décès le 15.10.58.

A l'autopsie : péritonite plastique, une anse grêle est embrochée par un fil d'acier.

OBS. III (BOB... Lindrich) :

Cancer de l'ampoule rectale, chez un homme de 51 ans.

. Le 23.I.53 :

Amputation abdomino-périnéale, selon la technique habituelle

A noter quelques adhérences aux vésicules séminales.

- Suites :

D'abord satisfaisantes. Mais au bout d'un mois, apparition d'un écoulement d'urines par la plaie périnéale. Une fistulographie en montre l'origine trigonale.

. Le 11.5.59 :

Dissection du trajet fistuleux par voie périnéale.

Puis , par l'abdomen, dissection de la fistule, qui intéresse en effet la région trigonale, proche des uretères. Section de la vessie au-dessous de la fistule et confection d'une néo-vessie iléale, où sont anastomosés les 2 uretères.

- Suites :

Au 3e jour, écoulement d'urines par la médiane, puis de liquide intestinal (7e jour)

Réintervention :

. Le I9.5.59 :

Iléostomie terminale.

Drainage aspiratif par un Chaffin

- Suites :

Bon fonctionnement de l'iléostomie.

Mais embolie pulmonaire mortelle au I0e jour.

A l'autopsie : thrombose massive du coeur droit et de l'AP; lâchage de la circonférence antérieure de l'anastomose iléo-vésicale et petit orifice sur l'anastomose iléo-iléale.

OBS. IV (LOC... Guido)

Cancer de l'ampoule chez un homme de 58 ans.

. Le 8.I0.59 :

Amputation abdomino-périnéale du rectum.

- Suites :

Reprise du transit normale (selles le 3e jour).

Puis arrêt des gaz, ballonnement, douleurs, 2 litres de liquide dans l'aspiration. L'index baryté montre un arrêt dans le pelvis.

. Le 14.10.59 :

La péritonisation a cédé et du grêle est allé s'incarcérer dans la concavité sacrée. Libération, reposition des anses sur un mickulicz. Vidange du grêle par entérotomie.

Parois sur bourdonnets.

- suites :

Décédé par collapsus 48 heures plus tard.

A l'autopsie : thrombus blancs dans le VB et l'AP.

OBS. V (LEM... Louis) :

Homme de 77 ans, admis en urgence pour occlusion colique :

. Le 24.3.60 :

Sténose du côlon descendant avec multiples granulations sur le péritoine. Anses transverse sur baguette .

- Suites :

Au 10e jour : éviscération de la médiane. Réintervention :

. Le 5.4.60 :

Reprise de la paroi sur bourdonnets, peau ouverte.

- Suites :

Infarctus du myocarde mortel au 3e jour.

A l'autopsie : carcinose péritonéale.

OBS. VI (LIEB.. Jean) :

Homme de 58 ans, tuberculeux pulmonaire en cours de traitement, porteur d'une image lacunaire du sigmoïde.

. Le 24.8.6I :

Il s'agit d'un polype du sigmoïde qui est enlevé par colotomie. Une exploration au rectoscope ne montre pas d'autre polype. Fermeture en un plan au lin.

- suites :

Au 5e jour, violente douleur au moment de l'émission d'une selle, et ballonnement douloureux. Réintervention d'urgence.

. Le 29.8.61 :

Lâchage de la colotomie. Drainage par 2 mèches et une lame au contact.

Anus transverse gauche sur baguette.

-Suites :

- Reprise du transit en 3e jour. Embolie pulmonaire le 4e jour.

Au 6e jour, vomissements, ballonnement, persistance du syndrome péritonéal. Réintervention :

. Le 4.9.61 :

A la locale, sous respirateur artificiel.

Evacuation de 2 abcès collectés, l'un méso-coeliaque, l'autre latéro-ombilical gauche, proche de l'anus transverse, au contact de celui-ci, le grêle dilaté s'aplatit.

2 lames de caoutchouc. Paroi sur bourdonnets, peau ouverte. Décédé le soir même par O.A.P.

OBS. VII (JUN... Georges) :

Cet homme de 79 ans, obèse, était porteur d'un cancer de l'ampoule rectale.

. Le 5.10.61 :

Amputation abdomino-périnéale du rectum.

Colostomie terminale dans l'incision transrectale gauche.

- Suites : éviscération au 6e jour. Réintervention d'urgence :

. Le 11.10.61 :

La colostomie s'est rétractée en profondeur et il existe une collection purulente pelvienne, sous la péritonisation dans la concavité sacrée. Drainage par 2 mèches et un Chaffin.

Colostomie déplacée en haut et en dehors.

Paroi en un plan sur bourdonnets.

- suites :

Reprise du transit le 6e jour.

Au 8e jour, sous anticoagulants (20 % de taux de prothrombine avec 1/4 de comprimé de Tromexane) : hémorragie massive par le drain de Chaffin. Réintervention :

. Le 19.10.61 :

Echec d'un simple tamponnement par Mickuliez.

Laparotomie itérative. L'hémorragie vient de la concavité sacrée et de la région psoïque dépéritonisée.

Mise en place d'un Mickulicz avec 3 mèches.

Paroi sur bourdonnets

- Décédé 5 jours plus tard d'embolie pulmonaire (vérifiée à l'autopsie).

OBS. VIII (COL... Jeanne)

Cette femme de 73 ans était porteuse d'une sigmoïdite suppurée ancienne :

. Le 23.10.61 :

Colectomie segmentaire, avec suture primitive.

-suites :

Absence de reprise du transit intestinal, ballonnement, fièvre, avec éviscération sous-cutanée. Réintervention.

. Le 29.10.61 :

Eviscération sous-cutanée : le plan musculo-aponévrotique a cédé sur une paume de main ; un paquet d'anses grêles adhérentes s'est étranglé dans cette zone.

Libération, recouvrement du paquet d'anses par le grand épiploon. Parois sur bourdonnets.

- suites :

Décès 6 jours plus tard, de défaillance respiratoire, coma, puis collapsus.

A l'autopsie; épanchement pelvien décalcifié, lâchage de la moitié antérieure de l'anastomose, camouflé par le grêle agglutiné à son contact.

OBS. IX (BER... François) :

Homme de 55 ans, porteur d'un cancer de l'ampoule rectale.

Asthmatique, obèse .

. Le 12.62 :

Amputation abdomino-périnéale du rectum.

Colostomie par l'incision trans-rectale gauche.

- Suites :

Eviscération secondaire le 7e jour. Réintervention :

. Le 19.2.62 :

Anus transposé en haut et en dehors.

Paroi en un plan sur bourdonnets.

Une biopsie musculaire sur les berges de l'incision désunie et effectuée ; le résultat sera : myosite interstitielle inflammatoire.

-Suites :

Encombrement bronchique, toux, expectoration.

Embolie pulmonaire mortelle au 6e jour (vérifiée à l'autopsie)

OBS. X (PEZ... Pierre) :

Homme de 67 ans, porteur d'un cancer du sigmoïde :

. Le 18.10.62 :

Hémicolectomie gauche typique. Anastomose transverso-rectale

Un drain rétro-péritonéal.

- Suites :

Reprise du transit le 3e jour. Puis apparition de nausée, diarrhée, avec ballonnement ; le 7e jour, chute tensionnelle. Décision de réintervention (hématome rétro-péritonéal ou hémorragie intra-péritonéale ?) :

. Le 25.10.62 :

Péritonite stercorale . L'anastomose a lâché.

Nettoyage du péritoine, drainage par un Mickulicz plus un drain.

Anus transverse sur baguette.

- Suites :

Agitation, troubles neurologiques et électrolytiques.

Transféré dans un service de réanimation et décès 7 jours plus tard.

OBS. XI (PUY... Berthe) :

Femme de 59 ans, admise en urgence pour occlusion colique :

. Le 3.4.62 :

Il s'agit d'un cancer recto-sigmoïdien.

Anus transverse sur baguette.

. Le 21.5.62 :

Colectomie segmentaire. L'anastomose est au fond du Douglas.

-Suites ;

Fièvre, écoulement purulent par l'incision, puis crépitation gazeuse caractéristiques, sérum antigangréneux.

Amélioration locale et générale.

Perte de substance cutanée résiduelle .

. Le 23.7.62 :

Greffes cutanées en pastilles.

- Suites simples :

Deux ans plus tard, récidive cancéreuse sous forme d'occlusion du grêle (améliorée par une dérivation interne).

OBS. XII : (GIN... Berthe) :

Femme de 76 ans, porteuse d'un cancer sigmoïdien :

. Le 24.10.63 :

Résection sigmoïdienne, anastomose termino-terminale.

Colostomie transverse de protection (en raison du mauvais état général).

- Suites :

Transit repris le 3e jour.

Trois semaines plus tard, aggravation de l'état général, constipation croissante, météorisme prédominant à droite ; sur les radios de l'abdomen, image d'anse volvulée à droite. Réintervention :

. Le 20.11.63 :

Plusieurs adhérences d'anses grêles au péritoine, dans le pelvis et la FID, avec distension en amont.

Libération facile, reposition en bonne place.

- Suites :

Transit repris le 2e jour. Guérison.

OBS. XIII -BLO... Octavie) :

Femme de 63 ans, admise en urgence pour douleurs abdominales ; diagnostic : appendicite .

. Le 2.12.63 :

Mac Burney, appendice sain.

Mais masse pelvienne probablement d'origine utérine ? On se contente de refermer.

- Suites :

Fièvre et douleurs pelviennes.

. Le 19.12.63 :

Médiane sous-ombilicale. Enorme abcès pelvien, autour d'un cancer sigmoïdien très volumineux - Mickulicz.

Métastases hépatiques.

Anus sous-angulo colique droit , sur baguette.

- Suites :

Au 5e jour : désunion de la médiane avec issue de matières , irrigations à l'acide lactique. Accentuation de l'écoulement. Décision de réintervention.

. Le 9.1.64 :

Fistule complexe, portant sur 2 anses iléales. Iléostomie en canon de fusil par abouchement des 2 orifices à la peau; drainage par 2 lames. Paroi sur bourdonnets.

- Suites :

Fièvre, troubles cardio-respiratoires. Décès au 10e jour

A l'autopsie : plusieurs abcès intra-péritonéaux, embolie pulmonaire.

OBS. XIV (CAR... Marcel) :

Homme de 57 ans, admis en urgence pour occlusion basse ;

. Le 11.3.64 : médiane à cheval sur l'ombilic.

Découverte d'un cancer recto-sigmoïdien.

Anus iliaque gauche sur baguette.

-Suites :

Au 5e jour : éviscération sous-cutanée, l'anus ne fonctionne pas . Réintervention.

. Le 16.3.64 :

Pas d'obstacle évident sur le grêle.

Paroi refaite sur bourdonnets.

- Suites simples : deuxième temps 4 mois plus tard :

. Le 31.7.64 : incision para-rectale gauche

Résection recto-sigmoïdienne, terminée en opération de Hartmann.

Paroi plan par plan.

- Suites :

Au 4e jour : éviscération, avec fistule iléale dans l'incision. Acide lactique, diététique. Augmentation de débit de la fistule qui devient totale, avec perte de substance large de la plaie. La réintervention semble nécessaire .

. Le 12.8.64 :

Résection du segment iléal porteur de la fistule. Iléostomie en canon de fusil.

Evacuation d'un volumineux abcès iléo-pelvien; drainage par un Chaffin et une lame.

Fermeture difficile du fait de la perte de substance musculo-aponévrotique. On ne peut que recouvrir avec la peau.

- Suites :

Ictère transfusionnel, suppuration importante par le drain. Décès au 11e jour (dyspnée, collapsus).

A l'autopsie : péritonite purulente avec agglomération d'anses autour d'abcès intra-péritonéaux.

OBS. XV (PES... Charlotte) :

Femme de 69 ans, porteuse d'une tumeur recto-sigmoïdienne.

. Le 11.7.63 :

Résection recto-sigmoïdienne par voie antérieure.

Anastomose colo-rectale, termino-terminale, placée sous la péritonisation du Douglas.

Un drain sous-péritonéal.

- Suites :

Ecoulement purulent très abondant par le drain, avec fièvre. On décide de protéger l'anastomose.

. Le 18.7.63 :

Anus transverse, sur baguette.

- Suites simples .

OBS. XV(THE. . Lucien)

Homme de 66 ans, ayant un cancer rectal haut situé.

. Le 28.7.64 :

Tumeur dans le fond du Douglas opération de Babcock.

Ligature de la mésentérique inférieure à l'origine.

- Suites :

Fièvre à 39° ; reprise du transit le 5e jour.

Le 6e jour : douleurs avec tension et crépitation gazeuse du flanc gauche, altération rapide de l'état général, oligurie.

Réintervention :

. Le 3.8.64 :

Arrêt cardiaque lors de l'induction anesthésique.

Il était prévu de pratiquer : un large débridement sous-péritonéal de la région lombo-iliaque gauche, un drainage rétro-anal, un anus de dérivation.

A l'autopsie ; nécrose perforée sur le colon abaissé, à 12 cm de sa terminaison.

OBS. XVII (LED... Olivier) :

Ce malade de 52 ans avait d'abord subi une rectotomie pour un abcès du Douglas. Exploration 3 semaines plus tard :

. Le 10.9.64 :

Péritonite gélatineuse généralisée, provenant d'une poche enkystée pelvienne développée aux dépens de l'appendice : il s'agit donc d'une mucocèle appendiculaire.

Hémicolectomie droite.

Large drainage (2 Penrose, 1 Mickulicz).

- Suites :

Douleurs, fièvre à 39° , hyperleucocytose.

Réintervention avec le diagnostic d'abcès sous-phrénique.

. Le 21.9.64 :

Il n'existe qu'une petite quantité de pus dans la gouttière latéro-péritonéale droite.

- Suites :

Persistance de douleurs, fièvre oscillante et hyperleucocytose.

. Le 6.10.64 :

Incision sous-costale latérale.

Découverte d'une collection purulente entre la face supérieure du lobe droit et le diaphragme.

Drainage par un Chaffin en arrière plus une mèche.

- Suites :

Ecoulement abondant par le drain, puis amélioration progressive Décédé de récidive néoplasique 3 mois plus tard.

OBS. XVIII (SAL... Marie)

Femme de 74 ans, ayant subi en urgence une colostomie pour occlusion colique aiguë. Deuxième temps 3 mois plus tard :

. Le 20.11.64 :

Virole de l'angle droit. Hémicolectomie droite.

- Suites :

Reprise du transit le 4e jour.

Puis : arrêt du transit, vomissements ; sur les clichés : dilatation gazeuse sur le grêle. Réintervention au 7e jour.

. Le 27. 11.64 :

Etranglement interne par adhérence du sommet d'une anse à une zone dépéritonisée de la FIG; l'anse d'amont s'est incarcérée en arrière.

Libération et remise en place.

Paroi sur bourdonnet, peau ouverte.

- Suites :

Troubles respiratoires, épisode diarrhéique, puis ballonnement et arrêt du transit. Réintervention.

. Le 4.12.64 : sous locale .

Iléostomie à la Witzel. Vidange du grêle.

- Suites :

Favorables, après une période difficile de troubles hydro-électrolytiques et neurologiques.

OBS. XIX (MIC... Louis)

Homme de 53 ans , porteur d'un cancer de l'ampoule rectale.

. Le 8.12.64 :

Amputation abdomino-périnéale.

Mickulicz dans le périnée.

-Suites :

Pas de transit au 4e jour, niveaux liquides sur le grêle. On décide de réintervention ; cependant une meilleure lecture des clichés aurait montré la présence d'une dilatation colique, qui aurait dû faire surseoir à la réintervention.

. Le 14.12.64 :

Il n'existe qu'une adhérence de 2 anses iléales au sac de Mickulicz . Libération.

- Suites :

Reprise du transit le 4e jour.

Décès au 12e jour d'embolie pulmonaire.

OBS. XX (PER... Arteaga)

Homme de 60 ans, porteur d'un cancer sigmoïdien.

. Le 20.3.64 :

Colectomie segmentaire sigmoïdienne et iliaque. Anastomose en 2 plans. Drainage rétro-péritonéal.

- Suites :

Au 6e jour : issue de matières le long du drain de Penrose, qui est remplacé par un gros drain.

. Le 31.3.64 :

Anus sous-angulo-colique droit, sur baguette.

- Suites :

Simples. Fermeture de l'anus le 21.7.64.

OBS. XXI (ISR. Thérèse) :

Femme de 61 ans, porteuse d'un cancer du bas sigmoïde.

. Le 16.6.65 :

Résection sigmoïdienne. Anastomose en un plan, recouverte par la péritonisation. Un drain de Chaffin sous-péritonéal.

- Suites :

Au 8e jour : issue de matières par le drain.

. Le 24.6.65 :

Anus transverse gauche, sur baguette.

- Suites :

Suppuration pariétale trainante, puis guérison.

Fermeture de l'anus le 9.12.65.

OBS. XXII (STE... Silicha) :

Cet homme de 62 ans avait été opéré en clinique privée d'un cancer recto-sigmoïdien, pour lequel il avait subi une résection antérieure, puis une une incision d'un abcès latéro-anal (Mai 1966).

Il est ensuite adressé dans le service du Pr. RICHET pour hyperazotémie, puis dans le service du Pr. OLIVIER pour suppuration de la région pré-sacrée.

. Le 18.7.66 :

Agrandissement de l'orifice de drainage. Evacuation de pus et de nombreux débris sphacéliques, de toute la région pré-sacrée.

Drainage par 1 Chaffin plus une mèche.

- Suites :

Longue suppuration de la région pré-sacrée.

Biopsie : récidive de l'adéno-carcinome.

OBS. XXIII (COT... Sibério) :

Homme de 63 ans, admis en urgence pour occlusion aiguë.

. Le 29.4.66 :

Sténose en virole de la fin du grêle à 13 cm de la valvule.

Iléo-transversostomie.

- Suites simples : deuxième temps 6 semaines après :

. Le 8..6.66 :

Hémicolectomie droite, conservant l'anastomose iléo-transverse

- Suites : pas de reprise du transit.

L'aspiration digestive ramène plusieurs litres de liquides par jours ; compensation IV insuffisante. L'état général reste satisfaisant.

Vomissements. Pas de ballonnement . Pas de Niveaux liquides.

Mais l'index baryté, la baryte n'a pas quitté l'estomac qui est très dilaté. Réintervention.

. Le 13.6.66 :

Enorme dilatation gastro-duodénale, au-dessus d'un volvulus de l'anse efférente d'une gastro-entérostomie ancienne.

Détorsion. Libération.

Gastrostomie d'aspiration.

- Suites :

Anurie complète. Transféré dans le service du Pr. RICHET, où le malade aura 3 séances de rein artificiel.

Plusieurs épisodes de collapsus avec mélaena.

Douleurs à droite, polynucléose (53.000 blancs) avec un important hypercatabolisme azoté font évoquer la possibilité d'un abcès sous-phrénique :

. Le 19.6.66 :

Incision horizontale sous-costale.

Aucun abcès collecté, foie normal.

- Suites :

Encore plusieurs collapsus, avec mélaena très abondant.

Bonne reprise de la diurèse.

Décision de réintervention à la recherche d'une lésion colique .

. Le 8.7.66 :

Distension et aspect violacé du sigmoïde, alors que les artères sont battantes. Résection du sigmoïde.

Anus iliaque en canon de fusil.

- Suites :

Favorables.

Histologie : nécrose colique d'origine vasculaire.

OBS. XXIV (SAB... Joseph).

Homme de 23 ans, gitan, état général très médiocre, amaigri, porteur d'un cancer sténosant du sigmoïde.

. Le 30.11.66 :

Incision de Barraya. Considérable dilatation du grêle et du côlon au-dessus de la tumeur. Colectomie gauche.

Devant l'état de distension énorme du côlon, on décide de terminer en intervention de Hartmann.

Entérotomie de vidange de nécessité.

- Suites :

Reprise du transit le 4e jour.

Puis déclin de l'état général, écoulement purulent très abondant par le drainage du flanc gauche.

Au 8e jour : éviscération de la branche oblique du Barraya.

. LE 8.12.66 :

Il existe une péritonite généralisée, par lâchage de l'entérotomie de vidange. De plus, la colostomie s'est rétractée dans l'abdomen.

Excision de l'entérotomie et suture. Reposition de la colostomie iliaque G.

Drainage large du péritoine.

Paroi en un plan sur bourdonnets.

Décès dans la nuit suivante.

OBS. XXV (LAC... Lazare) :

Homme de 56 ans admis en urgence pour syndrome péritonitique :

. Le 31. 8. 66 :

Perforation d'un diverticule sigmoïdien avec pus franc dans le ventre. Suture.

Anus iliaque gauche sur baguette.

- Suites simples : deuxième temps :

. Le 11. 1. 67 :

Hémicolectomie gauche. Anastomose colo-rectale, recouverte par la péritonisation.

Une lame rétro-péritonéale.

- Suites :

D'abord favorables, mais, au 15e jour, apparition de matières par l'orifice de la lame.

. Le 27. 1. 67 :

Anus transverse gauche.

- Suites :

Guérison, après une assez longue suppuration locale.

OBS. XXVI (LOU... Ali)

Cet homme de 23 ans avait subi en clinique privée, d'abord une appendicectomie, puis, le 15. 2. 67, une hémicolectomie droite pour une lésion sténosante du colon droit dont la nature reste incertaine puisqu'aucun examen histologique ne fut pratiqué !

Adressé dans le service 15 jours plus tard, pour douleurs, vomissements, fièvre, ballonnement avec niveaux liquides sur le grêle.

Réintervention en urgence

. Le 1.3.67 :

La cause de l'occlusion est une incarcération du grêle dans la brèche, derrière l'anastomose iléo-transverse ; celle-ci a été favorisée par une erreur de montage, l'anse iléale étant tordue de 180° sur son axe avant d'être anastomosée.

L'anastomose elle-même semble sur le point de lâcher. Section de l'anastomose et mise à la peau des 2 bouts (iléostomie + colostomie).

Drainage par un chaffin et une mèche. Paroi sur bourdonnets, peau ouverte.

- Suites :

Amélioration lente de l'état général. Transféré dans le service du Dr. TREMOLIERES pour la diététique de son iléostomie. Guérison.

oOo

CONCLUSIONS

Les observations que nous venons d'étudier ne constituent pas une série exhaustive. Elles ne font que refléter les difficiles problèmes posés par les complications précoces après les interventions coliques ou rectales, dans un grand service de Chirurgie Générale, à activités multiples, dont la chirurgie colo-rectale n'est qu'un des éléments.

A propos de chaque complication, nous n'avons retenu que les cas qui ont fait l'objet d'une réintervention précoce. Nous nous sommes efforcé chaque fois, de préciser les motifs ayant amené à réopérer, ainsi que la tactique chirurgicale adoptée.

Deux conclusions nous semblent ressortir de cette courte statistique. D'abord, la chirurgie colo-rectale parait spécialement exposée aux complications graves : les éviscérations et les occlusions post-opératoires s'y rencontrent plus souvent que dans toute autre intervention abdominale ; très fréquente également est la présence, simultanée ou successive, de plusieurs complications chez le même malade.

En second lieu, les réinterventions après chirurgie colo-rectale sont d'une particulière gravité. Un malade porteur d'un cancer colique ou rectal doit accepter, avant d'être opéré, un risque de mortalité évalué à 5 %

environ ; si survient une complication qui impose une réintervention précoce, ce risque se trouve multiplié par 10, puisque la mortalité est de l'ordre de 50 %. C'est cependant un risque qu'il faut prendre sous peine de mort, les éviscérations , occlusions ou péritonites post-opératoires n'étant pas curables autrement.

C'est l'état général insuffisant de la plupart de nos malades qui explique cette lourde mortalité. Trop de nos cancéreux, dénutris ou infectés, deshydratés ou anémiques, sont déjà en état de moindre résistance lors de l'intervention initiale. L'évolution des complications post-opératoires précoces, survenant en pleine phase catabolique, subit les conséquences de cette déficience profonde du terrain, qui, surtout en cas de lésions multiples, devient vite incapable de supporter une réintervention longue et difficile.

Cette constatation doit conduire à une attitude très prudente dans le choix de la tactique opératoire . Plus que jamais, dans cette chirurgie il est indispensable d'accepter l'intervention au terrain, compte tenu du minimum nécessaire :

1 - D'abord lors de l'intervention initiale :

Les interventions en un temps sont maintenant devenues la règle en chirurgie colique et rectale. Mais la chirurgie en plusieurs temps n'a rien de deshonorant : elle conserve des indications chez les sujets dont l'état général semble incertain ; en effet, sur de tels malades, une complication telle qu'un lâchage d'anastomose ou une éviscération, que peut favoriser une petite imperfection technique dont nul n'est à l'abri, prend l'allure d'une catastrophe.

2 - Mais aussi lors de la réintervention éventuelle :

Ces malades ne peuvent généralement faire les frais d'interventions longues et choquantes; ils sont de même incapables bien souvent de cicatriser une anastomose quelle qu'elle soit.

Voilà qui explique les principes qui selon nous, doivent présider aux réinterventions :

- faire le minimum nécessaire en urgence ;
- mettre au sec les lésions (notamment par une dérivation totale des matières à distance du foyer) ;
- mettre au propre, à l'aide d'un large drainage ;
- assurer une fermeture pariétale simple et solide, et désormais à l'abri de l'infection enclose (en laissant la peau ouverte) ;
- c'est plus tard que sera rétabli le circuit intestinal normal.

Ainsi le veut la prudence ; ainsi pensons-nous pouvoir, à l'avenir, diminuer les risques des réinterventions précoces après chirurgie colo-rectale.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Cl. OLIVIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

GENERALITES :

I - ARTZ and HARDY. -

Complications in surgery and their management.
I96I. W.B. Saunders Company (Philadelphie).

2 - BARRAYA L. -

Les réinterventions en chirurgie abdominale
Mém. Acad. Chir., II. III. 64. p. 3I0.

3 - BEAHRS O.H. and CONGDOM G.H. -

Morbidité et mortalité après amputation abdomino-périnéale.
Surg. Clin. of North. Amer. 37. 999-I.007. août I957.

4 - BELL G.O., SWIMTOM N.W., HURTHAL L.M. -

Cancer of the colon and rectum : a consideration of mortality factors.
Surg. Clin. of North. America. 37, 737. juin I957.

5 - BLOCH-LAROQUE P. -

Réanimation dans les réinterventions abdominales.
Cah. Anesth. 73, n° 2. sept. 55. 335 et 4I7.

6 - CHAMPEAU. -

Réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., I - VII. 64. 659-66I.

7 - CLARK J.H., NELSON W., LYONS C., MAYERSON H.S. and de CAMP P.

Chronic shock : the problem of reduced blood volume in the chronically ill patients.
Ann. Surg., I25. 6I8-646. Mai I947.

8 - CLAVEL Ch. -

Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence
Masson, 1955.

9 - DEDDISH M.R., WHITELEY H.W. -

Complications of abdomino-perineal resection for cancer of the rectum.
Surg. Clin. Of North. Amer. 44, n° 2, avril 64, 449-460.

10 - DELANNOY E. -

Les impératifs de la réintervention en chirurgie abdominale (dans les 2 premiers septennaires).
Congrès Français de Chirurgie, sept. 1962. p. 355.

11 - EDELMANN G., BOUTELIER Ph., BRENOT J. et Melle. GILLES. -

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 28-X-64, p. 773-781.

12 - FRILEUX Cl., FUNCK-BRENTANO J.L., BIENAYME J., VANTELON J. et GRATZMULLER E. -

Hémorragie massive par ulcère duodénal aigu au cours d'une anurie post-opératoire.
Mém. Acad. Chir., 1-VI-66, p. 514.

13 - GERMAIN A., COURTOIS-SUFFIT M. et DIANE C. -

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 26-2-64, p. 271.

14 - GERMAIN A. -

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Rev. Prat., XIV, n° 24, 21-IX-64, p. 2.997.

15 - GERMAIN A. -

A propos de la réintervention précoce en chirurgie abdominale : clôture de la discussion.
Mém. Acad. Chir., 20-I-65, p. 71-78.

16 - GIMZBURG L., SEELIG F., DREILING D.A. -

Mortalité et complications majeures après résection pour cancer colique.
Ann. Surg., T. 150, 1959, 913-927.

I7 - GUEMIN P., et LEVY-LEMANN J. -

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Clin., I8-XI-64, p. 840.

I8 - HEDBERG S.E., WELCH C.E. -

Complications following surgery of the colon.
Surg. Clin. of North Amer., 43, n° 3, juin 63, p. 775.

I9 - KLEINFELD G. et GUMP F. -

Complications des colotomies et polypectomies.
S.G.O., III, 6, 726-728, I960.

20 - LAGACHE G., COMBEMALE B. et PROYE Cl. -

A propos des réinterventions précoces en chirurgie abdominale.
Acta Chir. Belgica., I965, suppl. III, 20-26.

2I - MICHEL A.J.D. -

Les lipides intra-veineux en chirurgie, documents cliniques.
Anesth., Anal., Réan., XXIII, n° 3, I966.

22 - MONOD-BROCA Ph., TESTAS P. et PAJOT A. -

A propos de 38 réinterventions précoces en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 22-IV-64, p. 379.

23 - NOCQUET Y. -

La réintervention précoce après chirurgie des voies biliaires et du pancréas.
Thèse PARIS, I966.

24 - OLIVIER Cl., MAHE F., SIBERT, RETTORI R., EPFELBAUM R. et GODART E. -

Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale. Etudes préliminaires.
Mém. Acad. Chir., II - III - 64, p. 302-3I0.

25 - PAJOT A. -

Contribution à l'étude des réinterventions d'urgence en chirurgie abdominale.
Thèse PARIS. I963.

26 - PERROTIN J. et SAOUT P. -

Sur la réintervention précoce en chirurgie abdominale en milieu hospitalier.
Mém. Acad. Chir., 4-XI-64, p. 799-804.

27 - PHILIPS O.F., DEARING W.H., WAUGH J.M. -

Comparison of complications following intestinal surgery after oral and parenteral preoperative antibiotic preparation.
S.G.O., 106. 145-152. 1958.

28 - POILLEUX F., LARRIEU H., PLUMERAULT J. -

Les problèmes des réinterventions en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 10-VI-64. p. 580-588.

29 - PROYE Ch. -

Impératifs de la réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Thèse LILLE, 1963.

30 - RAZEMON P., RIBET M., GAUTIER-BENOIT C., LECLERC H.P., Melle HASSOUN A. -

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Acta. Chir. Belg., 1965. suppl. III, p. 3-19.

31 - RENEL., BLONDEAU Ph., ROY-CAMILLE M. et LINIER A. -

La réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 18-XI-64, p. 846.

32 - ROUSSELOT L.M., SCATTERY J.R. -

Complications immédiates de la chirurgie colique.
Surg. Clin. of North. Amer., 44, n° 2, avril 64. p. 397.

33 - SAPKAS A.M. et TIERRIS E. -

Réintervention en chirurgie abdominale (sur 146 relaparotomies).
Bruns'Beiträge zur Klinischer Chirurgie. Déc. 65, 211. n° 4, 397-421.

34 - STARLINGER F. -

Die Relaparotomie.
Walter de Gruyter. Edit. BERLIN. 1954.

35 - THOMERET G. et DEBESSE B. -

A propos de la réintervention précoce en chirurgie abdominale.
Mém. Acad. Chir., 21-X-64, p. 743.

36 - THOMERET G. -

Lever précoce et complications de la période post-opératoire.
Mém. Acad. Chir., I-II-56, p. I39.

EVISCERATIONS :

37 - MAC CALLUM G.T., LINK R.F. -

The effect of closure technique on abdominal disruption.
S.G.O., Vol. II9. n° I, I964, p. 75-80.

38 - CONTI A. et PASTORE V. -

Fréquence et facteurs responsables de l'éviscération post-opératoire.
Minerva. Chir., vol. I6, n° I5, I5 août 6I, p. 925-932

39 - DORTON H.E. -

Adjustable secondary wound closure.
S.G.O., Nov. 62, II5. n° 5, p. 65I.

40 - HEPP J. et VILAIN R. -

Pathogénie, prophylaxie et traitement de l'éviscération.
Mém. Acad. Chir., I965. 9I. n° I0, II, I2, p. 374-382.

4I - SEDGWICK C. and SULLIVAN J. -

Abdominal wound disruption : analysis of 2I7 cases.
Surg. Clin. of North. Amer., 37, 73I. I957.

OCCLUSIONS :

42 - ANGLEM T.J. -

Post-operative intestinal obstruction.
Surg. Clin. of North. Amer., I963. n° 3, p. 839-858.

43 - BOMPART M. -

Occlusion post-opératoire. Pièges occlusifs provenant d'interventions antérieures.
Mém. Acad. Chir., 8-IV-64, p. 329.

44 - CALVET J.P., FELLUS P., SETBON L., ASHWORTH J.W., HIRTZ H.R.-

Emploi de la plicature mésentérique (procédé de CHILDS-PHILIPS modifié) à titre prophylactique.
Mém. Acad. Chir., T. 92. I6-II-66, p. 200.

45 - CHARRIER J. et MASSE Ph. -

Les occlusions post-opératoires précoces en chirurgie colique et rectale.
J. Chir., T. 67, n° 8-9, août-sept. 5I, 549-567.

46 - CHARRIER J. et MASSE Ph. -

De la prophylaxie des occlusions post-opératoires en chirurgie colique.
Sem. Hôp., I8-II-5I, p. 3.37I-75, n° 85.

47 - CLAVEL Ch. -

Complications iléales de la chirurgie du gros intestin
Lyon Chir., I949, T. 44, n° 2, p. 243-47.

48 - COLCOCK B.P. -

Post-operative obstruction and ileus.
Surg. Clin. of North. America., 37, 7I9, juin I957.

49 - DESJACQUES R. -

Les occlusions aiguës post-opératoires précoces de l'intestin grêle (Ier mois).
Ann. Chir., mars 58, Vol. I2, 5-6, p. 295-303.

50 - DI MARIA G. et EPFELBAUM R. -

Intérêt de l'index baryté dans le radio-diagnostic des occlusions du grêle.
Presse Méd., I964. 72. N° 45, p. 2.68I-84.

5I - ISELIN M., BLANGUERNON J., RECHT P. -

Occlusions post-opératoires précoces.
Mém. Acad. Chir. T. 79, I953, p. 722-730.

52 - MIALARET J. et MICHAUD P. -

Traitement pré et post-opératoire de l'occlusion aiguë de l'adulte.
Rapport au Congrès de Chirurgie. oct. I953, p. I67.

53 - MONTAND R., PLATTNER H.C., FALLER R., MOTTIRONI G. -

Le syndrome post-opératoire de déficience en potassium
J. Chir. mai 52, T. 68, n° 5.

54 - OLIVIER Cl. et ARVAY M. -

Les occlusions post-opératoires précoces des interventions abdominales.
Mém. Acad. Chir., I954. T. 80, p. 248.

55 - OLIVIER Cl. -

Radio-diagnostic des occlusions intestinales aiguës
Masson et Cie. Edit. I955.

56 - OLIVIER Cl, ARVAY M. et FERRARI J. -

Radio-diagnostic des occlusions du grêle par brides et adhérences.
Presse Méd., 6I, n° 67, I.355-57, 2I-X-53.

57 - RECHT P. -

Contribution à l'étude des occlusions post-opératoires immédiates et secondaires précoces.
Thèse Paris. I953.

58 - SOUSTELLE J. et SOURMIA J. -

Iléus spasmodique post-opératoire de l'intestin grêle, guéri par iléostomie après échec des méthodes sympathiques.
Lyon Chir., I945. 40, 6I0-6I2.

59 - ROSEAU G. -

Accidents occlusifs des traitements anti-coagulants prolongés.
J. Chir., juil.-août I965. T. 90, n° I-2, p. 75-86.

60 - SUIRE P. -

La distension digestive post-opératoire par déficit en potassium et l'occlusion mécanique.
Presse Méd., I2-II-60, n° 50, p. I.892-93.

6I - TOLSTEDT G.E. et BELL J.W. -

Occlusion après colectomie totale pour recto-colite.
Ann. Surg., Vol. I53, n° 2, fév. 6I, p. 24I-45.

62 - WILLIAMS MAC CUNEet J.M. KESHISHIAN. -

Post-operative intestinal obstruction.
S.G.O. mai 1953, T. 96, p. 567-72.

63 - YOVAMMO VITCH B.Y., KANGRGA, TOCHICHT, et ROSSICHT. -

Les occlusions intestinales post-opératoires.
J. Chir., T. 82, oct. 61, p. 349-59.

ABCES INTRA-ABDOMINAUX

64 - ALTEMEIER W.A. et WESLEY A.J. -

Retroperitoneal abcess.
Arch. Surg., 83, n° 4, 512-524, oct. 61.

65 - DIMEEN P. et MAC SHERRY C.K. -

Subdiaphragmatic abcess.
Ann. Surg., 1962. 155. 506-517.

66 - GERWIG W.H., BLADES B. -

The subphrenic abcess : a necessary revaluation.
Ann. Surg., 144, n° 3, sept. 56, 356-365.

67 - GUIVARC'H M., MARQUAND J., et MOUCHET A. -

Les abcès et collections sous-phréniques (à propos de 59 observations).
J. Chir., mars 66, T. 91, n° 3, p. 333.

68 - REDFERN W.T., CLOSE S.A., ELLISON E.H., -

Abcès intra-abdominaux, revue de 100 cas consécutifs.
Arch. Surg., Vol. 85, n° 2, août 62. 278-284.

FISTULES DIGESTIVES

69 - ABOUSSUAN G. -

Les fistules post-opératoires de l'intestin grêle.
Thèse, Strasbourg. 1963.

70 - LATASTE J. -

Le traitement chirurgical des lésions post-opératoires graves de l'intestin grêle (fistules et occlusions).
Presse Méd., 74. N° 53, IO-XII-66, p. 2.757.

7I - MICHAUD B. et GUEMIN P. -

II observations de fistules digestives externes post-opératoires. Considérations sur les possibilités thérapeutiques modernes.
J. Chir., T. 93, n° 3, mars I967, p. 33I.

72 - TREMOLIERES J. -

Traitement médical des fistules digestives externes.
J. Chir., nov. 65, T. 90, n° 5, p. 473-486.

73 - WEST J.P., RING E.M., MILLER R.E., BURKS W.P. -

Causes et traitement des fistules intestinales externes post-opératoires.
S.G.O., II3, n° 4, oct. 6I, 490-496.

AUTRES COMPLICATIONS

74 - AUBERTIN J., WOME C., MOINE J. et LAPORTE G. -

Gangrène gazeuse de la paroi abdominale.
Journal de Méd. de Bordeaux, I965. n° 9, I42, p. I.499 I.502.

75 - BAUMRUCKER G.O. and SHAW J.W. -

Urological complications following abdomino-perineal resection of the rectum.
Arch. Surg., oct. 53, 67, n° 4, p. 502 - 5I3.

76 - CAMPBELL E.W. and GISLASON G.J. -

Urologic invalidism following abdomino-perineal recto-sigmoïdectomy.
Ann. Surg., I32, juil. I950, p. 85-93.

77 - IIIe Congrès international sur les applications médicales de l'oxygène hyperbare.
(DURHAM, U.S.A., I7-20, nov. 65) J. Chir., I966, T. 92 n° 5, p. 508-5I0.

78 - MAC NALLY M.J. and GRILE G. -

Diagnosis and treatment of gas gangrene of the abdominal Wall.
S.G.O., I964, Vol. II8, p. I.046-I.056.

79 - SCHAPIRO B., ROHMAN M., COOPER P. -

Clostridial infection following abdominal surgery.
Ann. Surg., I963, I58, p. 27-30.

80 - WARREN R. -

Hemorrhagic post-operative complications.
Surg. Clin. of North. Amer., I963, n° 3, p. 7I5-726.

oOo

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62